

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Sociální práce

**Studijní obor:** Sociální pracovník

# STIGMATIZACE JEDINCE SE SCHIZOFRENIÍ STIGMATIZATION OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA

**Bakalářská práce:** 10-F-KSS-3003

**Autor:**

Zlatuše ASZMONGYOVÁ

**Podpis:**

---

**Vedoucí práce:** Mgr. Jitka Pejšimovská

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
74	14	0	14	26	2

V Liberci dne: 1. 4. 2011

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A  
PEDAGOGICKÁ**

Katedra anglického jazyka

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE  
(pro bakalářský studijní program)**

pro (kandidát):                      Zlatuše Aszmongyová

adresa:                                      Purkyňova 859, 293 01 Mladá Boleslav

studijní obor                              Sociální pracovník

(kombinace):

Název BP:                                  **Stigmatizace jedince se schizofrenií**

Název BP v angličtině:              **Stigmatization of people with schizophrenia**

Vedoucí práce:                      Mgr. Jitka Pejřimovská

Konzultant:

Termín odevzdání:                      29. 04. 2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 11.3.2010

---

děkan

---

vedoucí katedry

Převzal  
(kandidát):

Datum:

Podpis:

Název BP: STIGMATIZACE JEDINCE SE SCHIZOFRENIÍ

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská Podpis: .....

Cíl: Popsat problematiku stigmatizace jedinců se schizofrenní poruchou. Provést šetření zaměřené na zjištění míry společenské stigmatizace u jedinců se schizofrenní poruchou.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Nestandardizovaný dotazník

Literatura: FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.

GOFFMAN, Erving. *Stigma*. 1. vyd. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

LIBIGER, Jan, HÖSCHL, Cyril, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.

## Čestné prohlášení

**Název práce:** Stigmatizace jedince se schizofrenií  
**Jméno a příjmení autora:** Zlatuše Aszmongyová  
**Osobní číslo:** P08000416

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 01. 04. 2011

---

Zlatuše Aszmongyová

**Poděkování:**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Jitce Pejřimovské za odborné rady a připomínky, kterými mi trpělivě pomáhala při vytváření bakalářské práce.

Zároveň bych ráda poděkovala všem osloveným respondentům za účast na empirickém šetření a svým blízkým za toleranci a vstřícnost především v posledním roce mého studia.

**Název bakalářské práce:** Stigmatizace jedince se schizofrenií

**Název bakalářské práce:** Stigmatization of people with schizophrenia

**Jméno a příjmení autora:** Zlatuše Aszmongyová

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2010/2011

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Jitka Pejřimovská

**Anotace:**

Bakalářská práce se zabývala problematikou stigmatizace jedinců se schizofrenní poruchou. Jejím cílem bylo zmapovat míru stigmatizace jedinců se schizofrenní poruchou. Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části byla popsána schizofrenní porucha. Především byly vymezeny pojmy: stigmatizace a vztah stigmatizace a destigmatizačních aktivit v souvislosti se schizofrenní poruchou. Na část teoretickou navazuje část praktická, kde prostřednictvím empirického kvantitativního šetření pomocí dotazníku byla zkoumána informovanost a stigmatizační postoje populace. Zkoumaný vzorek s 280 respondenty byl rozdělen do skupin dle profesního vztahu k jedincům se schizofrenní poruchou: skupina 1 – lidé, kteří přímo pracují s jedinci se schizofrenní poruchou, skupina 2 – lidé, kteří při výkonu svého povolání mohou přijít do styku s jedinci se schizofrenní poruchou, skupina 3 – laická veřejnost, která při výkonu povolání nepřichází do styku s jedinci se schizofrenní poruchou.

Za přínos práce lze považovat zjištění nízké informovanosti a vysokého stupně stigmatizačních postojů skupiny 2 - populace v pomáhajících profesích.

**Klíčová slova:**

Schizofrenní porucha, společenské stigma, stigmatizace, zdroje stigma, destigmatizace, mýty a předsudky o schizofrenní poruše, stigmatizační postoje, úroveň informovanosti veřejnosti.

**Summary:**

The bachelor thesis deals with issues of stigma in individuals with schizophrenic disorder. Its aim has been to describe a degree of stigmatization in individuals with schizophrenic disorder.

The study is divided into theoretical and practical parts. Schizophrenic disorder is described in the theoretical part. First of all, the following terms have been specified: stigmatization and a relationship between stigmatization and de-stigmatization activities in connection with schizophrenic disorder. The theoretical part is followed by the practical part in which foreknowledge and stigmatizing attitudes in population were investigated by means of an empirical quantitative survey with help of questionnaire. The researched sample with 280 respondents was split into groups according to a professional attitude toward individuals with schizophrenic disorder: group 1 – people who in a direct way work with individuals with schizophrenic disorder, group 2 – people who in pursuing their occupation may come into contact with individuals with schizophrenic disorder, group 3 – general public that in pursuing their occupation don't come into contact with individuals with schizophrenic disorder.

The benefit of this study could be seen in a finding of low foreknowledge and a high degree of stigmatizing attitudes in group 2 – population in helping professions.

**Key words:**

Schizophrenic disorder, social stigma, stigmatization, sources of stigma, de-stigmatization, myths and prejudices of schizophrenic disorder, stigmatizing attitudes, level of foreknowledge in general population

**Annotation:**

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Problematik der Stigmatisation von Personen mit schizophrener Erkrankung. Das Ziel von dieser Arbeit war eine Beschreibung des Grades der Stigmatisation von Personen mit schizophrener Erkrankung.

Die Arbeit ist gegliedert in den theoretische und den praktische Teil. Die schizophrene Erkrankung ist in dem theoretischen Teil beschrieben. Die folgende Termine waren besonders definiert: Stigmatisation und die Beziehung zwischen Stigmatisation und Aktivitäten in Entstigmatisierung in Zusammenhang mit der schizophrenen Erkrankung. Der theoretische Teil ist mit dem praktischen Teil gefolgt, in welchem Informiertheit und Stigmatisationstandpunkte in der Population durch empirisch quantitativer Nachforschung mit Hilfe eines Fragebogen untersucht wurden. Die untersuchte Probe von 280 abgefragten Personen wurde in Gruppen nach deren professionellen Beziehungen zu Personen mit der schizophrenen Erkrankung geteilt: Gruppe 1 – die Leute, die direkt mit den Personen mit der schizophrenen Erkrankung arbeiten, Gruppe 2 – die Leute, die in ihrer Arbeit in Berührung mit Personen mit der schizophrenen Erkrankung kommen können, Gruppe 3 – breite Öffentlichkeit, die in ihrer Arbeit in Berührung mit Personen mit der schizophrenen Erkrankung nicht kommen.

Als Hauptbeitrag von dieser Arbeit können wir sehen eine Feststellung von niedriger Informiertheit und einem hohen Grad von Stigmatisationstandpunkte in der Gruppe 2 – Population in den helfenden Berufen.

**Stichwörter:**

Schizophrene Erkrankung, soziales Stigma, Stigmatisation, Quellen von Stigma, Entstigmatisierung, Mythen und Vorurteile über schizophrener Erkrankung, stigmatisierende Standpunkte, Ebene von Informiertheit in der Öffentlichkeit



# OBSAH

<b>OBSAH .....</b>	<b>8</b>
<b>1 ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Schizofrenní porucha.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Vymezení pojmu schizofrenní porucha .....	13
2.1.2 Příznaky schizofrenní poruchy .....	14
2.1.3 Diagnostika .....	14
2.1.4 Etiologie.....	16
2.1.5 Stadia průběhu nemoci.....	17
2.1.6 Formy onemocnění .....	18
2.1.6.1 Paranoidní forma schizofrenní poruchy.....	18
2.1.6.2 Hebefrenní forma schizofrenní poruchy .....	19
2.1.6.3 Katatonní forma schizofrenní poruchy .....	19
2.1.6.4 Simplexní forma schizofrenní poruchy.....	19
2.1.6.5 Nediferencovaná forma schizofrenní poruchy.....	20
2.1.6.6 Reziduální forma schizofrenní poruchy.....	20
2.1.7 Rizika nemoci, stigma schizofrenní poruchy.....	20
2.1.8 Sociální a psychologické důsledky schizofrenní poruchy pro rodinu.....	22
2.1.9 Léčba – farmakologická, psychosociální.....	23
2.1.9.1 Farmakologická léčba .....	24
2.1.9.2 Psychosociální léčba .....	24
<b>2.2 Stigma .....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Původ slova stigma .....	27
2.2.2 Dějiny šílenství, stigma a duševně nemocní .....	28
2.2.3 Zdroje stigmatu – mýty o schizofrenní poruše .....	29
2.2.4 Důsledky stigmatizace .....	31
2.2.5 Destigmatizace.....	32
2.2.5.1 Destigmatizační aktivity: výzkumy a projekty .....	32
2.2.5.2 Destigmatizační opatření .....	34
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Cíl praktické části a účel průzkumu .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 Stanovení předpokladů.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 Použité metody .....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 Pilotáž.....</b>	<b>41</b>

<b>3.5</b>	<b>Popis zkoumaného vzorku .....</b>	<b>42</b>
<b>3.6</b>	<b>Předpoklady a jejich naplnění .....</b>	<b>43</b>
3.6.1	Vyhodnocení předpokladu č. 1 .....	43
3.6.2	Vyhodnocení předpokladu č. 2 .....	52
<b>3.7</b>	<b>Shrnutí výsledků praktické části a diskuse .....</b>	<b>59</b>
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>63</b>
<b>5</b>	<b>NÁVRH OPATŘENÍ.....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>74</b>
	Příloha č. 1: .....	75
	Příloha č. 2: .....	77

# 1 ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je stigmatizace jedince se schizofrenií. Pracuji jako zdravotně sociální pracovnice v Psychiatrické léčebně v Kosmonosech a stigmatizaci duševně nemocných vnímám jako problém při své práci. Nejčastěji se s negativními stigmatizujícími reakcemi setkávám kromě laické veřejnosti také u pracovníků jiných organizací, u kterých zajišťuji další péči o klienty. Jedná se o organizace, které pomáhají a jsou velmi důležité při začleňování jedinců s duševním onemocněním zpět do společnosti: městské úřady, nemocnice, úřady práce apod. Od pracovníků těchto organizací slyším: „Hlavně mi ho sem neposílejte, já bych se s ním stejně nedomluvila..“, „Řekněte co potřebujete, já mu to pošlu, když to půjde, hlavně ať sem nejezdí..“, „A není nebezpečný, víte co, aby tady něco neprovedl..“, „Jako bydlení zajistit, vy myslíte, že je schopný bydlet sám, když je takhle nemocný, no to já nevím, to se tady budeme muset domluvit. Není mu tam u vás líp?“, „...to je určitě nesvéprávný, když má schizofrenii, že jo?“

O stigmatizaci v souvislosti s duševním onemocněním často také mluví naši klienti a jejich rodinní příslušníci. V souvislosti se stigmatizací a klienty s duševním onemocněním se i v odborné literatuře o stigmatizaci hovoří jako o „druhé nemoci“. Diskriminováni jsou nejen naši klienti, ale diskriminaci vnímáme často i my pracující v pomáhajících profesích a pečujících o duševně nemocné.

O stigmatizaci duševně nemocných můžeme hovořit v souvislosti se všemi psychiatrickými diagnózami. Pro svou práci jsem si vybrala jedince se schizofrenní poruchou jako symbol duševního onemocnění, které v laické i odborné veřejnosti vzbuzuje nejsilnější negativní reakce. Při vyslovení slova schizofrenie si většina lidí obvykle vybaví slovo „blázen“, nějakého podivína, který cosi podivného říká, divně a nevyzpytatelně se chová, a který se nejen divně chová, ale často i divně vypadá.

Cílem mé bakalářské práce je popsat problematiku stigmatizace jedinců se schizofrenní poruchou a provést šetření zaměřené na zjištění míry společenské stigmatizace u jedinců se schizofrenní poruchou. Problematikou stigmatizace

duševně nemocných a jedinců se schizofrenní poruchou se zabývám především v teoretické části bakalářské práce. Ve své práci seznamuji s původem slova stigma, zdroji stigmatu, důsledky stigmatizace pro duševně nemocné. V teoretické části práce se zabývám i destigmatizačními aktivitami v České republice, druhy péče o duševně nemocné a schizofrenní poruchou jako takovou, jejími příznaky, diagnostikou, etiologií, průběhem nemoci, formami nemoci, riziky, léčbou farmakologickou a psychosociální, sociálními důsledky schizofrenního onemocnění pro jedince se schizofrenní poruchou a pro jeho rodinu. Teoretická část byla zpracována na základě studia odborné literatury a periodik, internetových zdrojů a znalostí z praxe.

Míra společenské stigmatizace je zjišťována v praktické části bakalářské práce pomocí dotazníkového šetření. Pro ověření stanovených předpokladů bylo zvoleno kvantitativní šetření. Byl osloven vzorek 280 respondentů prostřednictvím dotazníku, který jsem pro tento účel vytvořila.

Za jeden z hlavních důvodů stigmatizace nejen duševně nemocných je odborníky považován nedostatek odborných znalostí a informací. Vzhledem ke svým zkušenostem ze zaměstnání jsem zjišťovala odborné znalosti o schizofrenní poruše (symptomy nemoci, léčitelnost apod.) a znalosti z praktického života, které jsou mnohdy ovlivněny mýty a předsudky (nezbytnost žití jedinců se schizofrenní poruchou v ústavním zařízení, možnost pracovat apod.). V dotazníku jsou zahrnuty i položky zaměřené na osobní zkušenosti s jedinci se schizofrenní poruchou a zájem populace o informace o schizofrenní poruše.

Míra stigmatizace byla zjišťována vzhledem k vztahu populace k jedincům se schizofrenní poruchou. Bylo zvoleno rozložení výzkumného vzorku do 3 skupin dle jejich vztahu k jedincům se schizofrenní poruchou. Skupina 1 „profesionálové“ – lidé, kteří při výkonu svého povolání přímo pečují o jedince se schizofrenní poruchou, skupina 2 „pomáhající profese“ – lidé, kteří přichází nebo mohou přijít při výkonu své profese do styku s jedinci se schizofrenní poruchou, skupina 3 „laická veřejnost“ – laická veřejnost. Toto rozdělení výzkumného vzorku bylo zvoleno za účelem zjištění rozdílu v informovanosti o jedincích se schizofrenní poruchou a zjištění míry negativních stigmatizačních

postojů u laické veřejnosti, pomáhajících profesí a lidí přímo pracujících s duševně nemocnými.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zmapovat pomocí empirického šetření informovanost a znalosti populace o schizofrenním onemocnění, jejich zájem o informace, postoj k jedincům se schizofrenním onemocněním, stigmatizační tendence a zjistit rozdíly v populaci dle jednotlivých skupin. Empirické šetření bylo prováděno s cílem navrhnout praktická opatření, která budou jednoduchým návodem jak komunikovat, co očekávat, co naopak neočekávat a co potřebují jedinci se schizofrenní poruchou. Tato opatření bych ráda využívala ve své praxi. Takový, na míru šitý manuál, bych ráda vytvořila, protože si myslím, že existující destigmatizační opatření jsou důležitá, avšak pro spoustu lidí v pomáhajících profesích jsou pro svou přílišnou obecnost hůře pochopitelná, využitelná, těžko uchopitelná a převeditelná do praxe. Většina lidí je právě pro jejich obecnost nečte. Dle rozhovorů, které jsem vedla při zadávání dotazníků, dává většina lidí přednost kazuistikám, na kterých si dané situace dokáží představit, a na kterých pochopí rozdíl v dobré a špatné komunikaci díky popsaným důsledkům.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Schizofrenní porucha

#### 2.1.1 Vymezení pojmu schizofrenní porucha

Schizofrenní porucha je chronické duševní onemocnění postihující přibližně 1 % populace. Výskyt je podobný v nejrůznějších sociálních skupinách i zeměpisných oblastech. Onemocnění začíná obvykle u mužů mezi 17 – 30 rokem a u žen mezi 20 – 40 rokem věku.<sup>1</sup>

Tato nemoc narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Vztah nemocného ke skutečnosti se mění. Nemocný se odcizuje ostatním lidem. Psychóza vede ke změnám osobnosti, které způsobí, že mnohdy nedokáže pokračovat v životě v souladu s očekáváním okolí.

Schizofrenní porucha ovlivňuje lidské myšlení, cítění a jednání. Snižuje kvalitu lidského života. Pro schizofrenní poruchu je charakteristická mnohotvárnost psychopatologie, ale i mnohotvárnost průběhu a reakce na léčbu. Ze subjektivního hlediska působí schizofrenní porucha hluboké odcizení, napětí, úzkost a nejistotu.

Schizofrenní porucha má silný sklon k chronicitě. Postihuje pracovní schopnost člověka a snižuje jeho společenské uplatnění. Je obtížné měřit stupeň zátěže a ovlivnění kvality života nemocného, ale i okolí.

Schizofrenie je název onemocnění starý asi 100 let. Označuje skupinu onemocnění, o kterém se domníváme, že se vyskytuje v lidském životě od nepaměti. Měnily se vnější projevy onemocnění, především obsah bludů a halucinací, a způsob, jakým na ně nemocný reaguje. Tímto onemocněním trpí a trpěla také řada známých osobností.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 65.

<sup>2</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. Kapitola 11. s. 352 – 353.

### 2.1.2 Příznaky schizofrenní poruchy

Existenci schizofrenní poruchy určuje přítomnost několika charakteristických symptomů po určitou dobu (obvykle od jednoho do šesti měsíců, dle použité definice). Schizofrenní porucha je diagnostikována na základě symptomů v rámci zjednodušení tzv. symptomů pozitivních a negativních. Tento koncept příznaků navrhl jako první Hughlings Jackson.

V současné době se k pozitivním příznakům řadí: bludy, halucinace, dezorganizované a bizarní chování. Jde vlastně o pokřivené a zveličené normální kognitivní a emoční funkce. Podle novějších definic by měli být pozitivní příznaky přítomny vždy. Pozitivní příznaky se v klinickém obraze projevují jako pocity pronásledování, nesrozumitelnou mluvou, podivným chováním, zvláštním oblékáním apod.

Za negativní příznaky je potom označována ztráta nebo oslabení normálně přítomných funkcí. Mezi negativní příznaky patří: ochuzení řeči, emoční oploštělost, neschopnost prožívat radost, ztráta zájmu o sociální vztahy, neschopnost setrvat v cílevědomém chování. Negativní příznaky brání zvládat každodenní činnosti, ovlivňují rodinné vztahy, docházku do školy, udržení zaměstnání, udržování přátelství a budování intimních vztahů.

Mimo „klasické“ symptomy se vyskytují často poruchy pozornosti, nedostatek náhledu, katatonní motorické příznaky.<sup>3</sup>

### 2.1.3 Diagnostika

Vzhledem k individuálním projevům schizofrenní poruchy u každého nemocného je velmi těžká i její diagnostika. Existuje i několik způsobů dělení příznaků, např. jak je uvedeno v předešlé kapitole na pozitivní a negativní. Odlišit, zda psychotické příznaky jsou projevem schizofrenní poruchy či jiné duševní nemoci není jednoduché. Není žádný příznak, který by se vyskytoval pouze u schizofrenní poruchy. Pacienti vyšetření podstupují proto, aby se vyloučily jiné důvody psychotických stavů, např. nádor, vliv drog apod. I psychologické testy

---

<sup>3</sup> ANDREASEN, N. C., MOUSSAOUI, D., NAKANE, Y. Klinické projevy. In ANDREASEN, N. C., MOUSSAOUI, D., NAKANE, Y. *Schizofrenie Edukační program WPA*. 1. vyd. Praha: Academica Medica Pragensis- Amepa, 2003. Modul 1. s. 10 – 12.

mají pouze podpůrnou hodnotu. Nejdůležitější je rozhovor odborníka s pacientem a jeho blízkými při klinickém vyšetření. K potvrzení diagnózy schizofrenní poruchy musí být splněna kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10:<sup>4</sup>

- a) *„slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;*
- b) *bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin, nebo ke specifickým myšlenkám, jednání nebo citění, bludné vnímání;*
- c) *halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla;*
- d) *trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako je např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci jiného světa);*
- e) *přetrvávající halucinace v kterékoli formě, které jsou doprovázeny prchavými nebo neúplně formovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo které se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců;*
- f) *zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irrelevantní řeč nebo neologismy;*
- g) *katatonní jednání, jako je např. vzrušenost, zástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor;*
- h) *„negativní příznaky“, jako je např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity), přitom musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky;*
- i) *výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahu k okolí a sociální stažení.“*

---

<sup>4</sup>

PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 70-71.



Při diagnostikování schizofrenní poruchy by měl být přítomen alespoň jeden velmi jasný příznak a obvykle dva i více méně jasných příznaků patřící k jakékoliv skupině uvedené pod body a) až d). Nebo by měly být přítomny příznaky alespoň ze dvou skupin uvedených pod body e) až h) **a to po období delší než jeden měsíc a déle**. Stav, jenž splňuje tyto podmínky, avšak trvá kratší dobu než jeden měsíc, by měly být diagnostikovány jako akutní schizoformní psychotická porucha a reklasifikovány jako schizofrenní poruchy pokud trvají déle než jeden měsíc.<sup>5</sup>

#### 2.1.4 Etiologie

Ani velký pokrok ve vědě v posledních letech, který umožňuje podrobnější studium dějů v mozku, nedal jasnou odpověď na příčiny vzniku schizofrenní poruchy. Není známo, zda existuje jedna dostačující a nezbytná příčina onemocnění. Zatím se předpokládá, že příčina tohoto onemocnění je multifaktoriální. Byly vytvořeny etiologické hypotézy infekční, genetické, biochemické, hypotézy metabolismu lipidů, imunitní odpovědi, nebo teorie, které vidí jako příčinu schizofrenní poruchy v selhání psychologických obranných procesů a zhroucení mezilidské komunikace. V některých případech byla schizofrenní porucha vysvětlována i jako toxické onemocnění, které bylo způsobeno vnějším nebo vnitřním toxinem. Existuje i několik genetických teoretických koncepcí: neurovývojová, teorie rozštěpu apod.

Od 70. let chápeme schizofrenní poruchy jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů:

- vnitřního – genetického nebo vývojově podmíněného faktoru tzv. zranitelnosti – vulnerability;
- vnějšího – faktoru zátěže – stresu. Míra zátěže je individuální a proměnlivá. Patří sem psychologické i sociální faktory: v dospívání jsou to nároky přechodu do dospělého a zodpovědného života, může to být i tělesné trauma či nemoc, extrémní vyčerpání, nepříznivé podmínky vývoje v kritických

---

<sup>5</sup> PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 71.

obdobích, zkušenost s drogou, poruchy komunikace v rodině, zátěžové události atd.

Teorie „vulnerability a stresu“ se v rámci dnešních poznatků zdá nejsrozumitelnější a nejpravděpodobnější vysvětlení pro porozumění vzniku schizofrenní poruchy.<sup>6</sup>

### 2.1.5 Stadia průběhu nemoci

Průběh onemocnění je velmi proměnlivý, individuální, podobně jako symptomatologie. Na průběh onemocnění má velký vliv řada faktorů, např. osobnost nemocného, včetně jeho fyziologické výbavy a schopnosti adaptivního chování, sociální prostředí, doba podchycení a započetí léčby, reakce na léčbu apod.

#### **Průběh onemocnění lze rozdělit do pěti stadií:<sup>7</sup>**

- a) **Období premorbidní** – odlišnosti se objevují pět let před propuknutím onemocnění. Projevují se poruchami pozornosti, výkonu a sociálním stažením. Tyto projevy nemají specifický charakter a mohou být zcela nenápadné.
- b) **Období prodromální** – v tomto období se vyskytují příznaky typu kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštněné vnímání, sklon ke vztahovačnosti. Typické jsou především negativní příznaky jako ztráta spontaniety, emoční stažení a oploštění, nemluvnost. Tyto příznaky bývají již výraznější a často i důvodem ke kontaktování zdravotnického zařízení. Toto období je různě dlouhé.
- c) **První akutní psychotická epizoda** - má často povahu náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, projevující se psychotickými příznaky. V psychotické atace se vedle bludů a halucinací uplatní celá škála schizofrenní psychopatologie, jenž odpovídá příslušné formě onemocnění, např. poruchy myšlení, jeho rozbíhavost, nelogické skoky v myšlení, poruchy motoriky.

---

<sup>6</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tis, 2004. Kapitola 11. s.374 – 395.

<sup>7</sup> HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academica Medica Pragensis – Amepa, 2003. s. 45 – 46.

- d) **Aktivní choroba s relapsy** - další průběh nemoci bývá variabilní: jediná epizoda s následným uzdravením, nebo přetrvávající obtíže, opakované akutní epizody onemocnění s návratem na premorbidní úroveň před první atakou, se stabilním postižením mezi atakami atd. Průběh je velmi různorodý.
- e) **Reziduální schizofrenní porucha** – zahrnuje především negativní příznaky: zanedbávání zevnějšku, sociální stažení, plochá emotivita, pasivita, nedostatek iniciativy. Výrazná je též změna kognitivních funkcí. Snižuje se odolnost vůči zátěži. Jde vlastně již o chronickou fázi schizofrenní poruchy po proběhlých atakách a relapsech.

### 2.1.6 Formy onemocnění

Velká proměnlivost příznaků schizofrenní poruchy od samého začátku vedla k jejímu rozčlenění do několika forem a to paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní, nediferencovanou formu schizofrenní poruchy a reziduální. Toto dělení nazýváme Kraepelinovým dělením. Jde o klasifikaci, která je používána dodnes. Členění schizofrenního obrazu na základě aktuálně převažující psychopatologie pomáhá zvýšit spolehlivost diagnózy. Má význam pro komunikaci s nemocnými a pro diferencovanou péči o nemocné.

#### 2.1.6.1 Paranoidní forma schizofrenní poruchy

Tato forma je charakterizována především paranoidními bludy. Nemoc probíhá různým tempem, zasahuje osobnost i její vztahy. Vztahovačné bludy jsou persekucní, ale i bludy ovládnutí, ovlivňování a tajné nápomoci. Bludy jsou často doprovázeny halucinacemi. Může dojít i k opouzdření bludů, ztrátě jejich emočního náboje, naléhavosti a vlivu na chování. V popředí klinického obrazu bývají halucinace, nejčastěji sluchové. Typické jsou komentující hlasy nebo slyšení hovorů hodnotících nemocného jedince. Někdy, hlavně u schizofrenních onemocnění s pozdním začátkem, jsou halucinace kombinované. K obvyklým

sluchovým halucinacím přistupují halucinace tělové, taktilní a viscerální, čichové, chuťové nebo halucinace kinestetické.<sup>8</sup>

#### **2.1.6.2 Hebefrenní forma schizofrenní poruchy**

Tato forma schizofrenní poruchy odpovídá popisu symptomatologie předčasné demence. Projevy jsou totožné s projevy pubertálního a adolescentního vývojového období. Charakteristickými projevy je nepřiléhavost chování i emocí, celková dezorganizace duševního života, dětské způsoby zvládání životních situací, pseudofilosofování, povrchní mudrování, emoční tupost. Kontakt s nemocným je často obtížný a jeho projevy jsou těžko předvídatelné, někdy překvapí i agresí.<sup>9</sup>

#### **2.1.6.3 Katatonní forma schizofrenní poruchy**

U této formy schizofrenní poruchy jsou nápadné poruchy hybnosti. V podobě extrémně zvýšené motorické aktivity, nebo naopak snížené hybnosti až stuporu. Charakteristické je i grimasování, manýrování, parakineze, setrávání v nepřírozených polohách. U nemocných katatonní schizofrenií je vždy velmi nápadná bezcílnost, neodůvodněnost a nepřiměřenost motorické činnosti.<sup>10</sup>

#### **2.1.6.4 Simplexní forma schizofrenní poruchy**

Simplexní forma schizofrenní poruchy vzniká velmi plíživě. Zdá se, jako by nemocný ztrácel „životní sílu“. Zplošťuje se jeho emotivita, dochází k postupnému stažení ze vztahů s vnějším světem, nemocný ztrácí schopnost čelit nárokům běžného života, často se objevují mnohočetné obtíže neurotického charakteru. Onemocnění se často pozná dle výrazné změny postojů vůči rodině, škole nebo zaměstnání. Od dekompenzace schizoidní poruchy osobnosti je

---

<sup>8</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha, Tis, 2004. Kapitola 11. s. 365.

<sup>9</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha, Tis, 2004. Kapitola 11. s. 66.

<sup>10</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha, Tis, 2004. Kapitola 11. s. 366-367.

simplexní schizofrenní porucha rozpoznatelná až na základě hodnocení dlouhodobého průběhu.<sup>11</sup>

#### **2.1.6.5 Nediferencovaná forma schizofrenní poruchy**

Tato forma schizofrenní poruchy je diagnostikována v případech, kdy projevy onemocnění nemají vyhraněnou podobu, které by odpovídaly výše popsaným typům schizofrenního onemocnění. Nediferencovaná schizofrenní poruch zahrnuje symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která převažuje.<sup>12</sup>

#### **2.1.6.6 Reziduální forma schizofrenní poruchy**

Mezinárodní statistická klasifikace jako reziduální schizofrenní poruchu označuje chronický stav, který přetrvává po odeznění akutní symptomatologie schizofrenní ataky. Projevy poruchy jsou málo intenzivní, do popředí vystupuje podivínství, oploštělá emotivita, zanedbávání sebe a útlum aktivity.<sup>13</sup>

#### **2.1.7 Rizika nemoci, stigma schizofrenní poruchy**

Schizofrenní porucha patří k nejzávažnějším duševním chorobám. Často se u ní objevují poruchy myšlení, vnímání, porucha emočního prožívání, autistické myšlení, celkově změněné chování. Průběh nemoci může být různý, stejně tak jako jeho prognóza. Ze sociálního hlediska je schizofrenní porucha silně stigmatizující chorobou. Pro rodinu je takový nemocný značnou zátěží, proto musí být psychosociální pomoc zaměřena i na rodinné příslušníky.<sup>14</sup>

Schizofrenní porucha je onemocnění, které zpravidla snižuje pacientovu způsobilost k plnění rolí a funkcí v práci i ve společnosti. Řešením, které se často jeví jako nezbytné, je navržení invalidizace. Plná invalidizace je sice poměrně bezpečné řešení situace nemocného, ale může podpořit negativní symptomatologii

---

<sup>11</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha, Tigris, 2004. Kapitola 11. s. 367.

<sup>12</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha, Tigris, 2004. Kapitola 11. s. 369.

<sup>13</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha, Tigris, 2004. Kapitola 11. s. 369-370.

<sup>14</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 190.

a vést k pasivitě nemocného a postupně k úplné ztrátě aktivních vztahů k okolnímu světu.

Dále při diagnostikování této poruchy je často řešena způsobilost k řízení motorového vozidla, nejen vzhledem k nemoci, ale je třeba posoudit i vliv psychofarmak na způsobilost k řízení.

Schizofrenní poruchy patří mezi stavy, které vedou ke zdravotně podmíněné nezpůsobilosti držet zbraň a střelivo.

Další oblastí v níž může dojít k problémům, je oblast trestní odpovědnosti a občansko - právní způsobilosti. Posuzování této skutečnosti se vždy opírá o znalecké zkoumání. Obecně platí, že při znaleckém posouzení se věnuje pozornost okolnostem případu a zdravotnímu stavu pacienta v době jeho jednání. Není vzácností, že lidé s touto poruchou bývají částečně či zcela zbaveni způsobilosti k právním úkonům.

Schizofrenní porucha je velkým stigmatem. Lidé se duševně nemocných bojí. Nerozumí jim a mají sklon je pokládat za nevypočitatelné, neschopné a možná nebezpečné „blázny“. Stigma duševní nemoci vede k posílení příznaků a škod, které schizofrenní porucha způsobí. Bere nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění a brání jejich návratu do společnosti a do práce. Vede ke strachu a ten je zdrojem psychické zátěže, která nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění. Brání nastolení spojení mezi nemocným a zdravotníky. Nutí nemocné k vyhýbavosti a opatrnosti v komunikaci. Snižuje jejich důvěru v okolí a někdy napomáhá vzniku vztahovačnosti a perzekučních bludů. Zvyšuje práh pro vznik vztahu založeného na vzájemné důvěře, ve kterém může pacient bez obav mluvit o všech svých skutečných i chorobných prožitcích a obavách. Zhoršuje spolupráci při užívání léků.

Stigma zasahuje nejen pacienty, ale i jejich pečovatele, rodinné příslušníky i psychiatry samotné. Média mají sklon líčit duševně nemocné v negativním světle – jako násilníky nebo přinejmenším komické podivíny. Výsledkem je strach z duševního onemocnění a strach z psychiatrie. Se strachem se spojuje také sklon

k zatajování a popírání nemoci, který může vést k nedodržování lékového režimu.<sup>15</sup>

Problematickou oblastí je hlavně v poslední době zneužívání návykových látek u pacientů se schizofrenní poruchou. Pravděpodobnost zneužívání je třikrát vyšší než u osob bez psychického onemocnění. Abúzus návykových látek zhoršuje pozitivní příznaky schizofrenní poruchy, zvyšuje agresivitu a sebevražednost. Zvyšuje též pravděpodobnost a počet relapsů a s tím spojený i počet rehospitalizací. Důsledkem abúzu je i nespolupráce při léčbě. Zneužívání návykových látek při onemocnění schizofrenní poruchou je nejen časté, ale způsobuje horší průběh nemoci, farmakorezistenci a výše zmíněnou špatnou spolupráci při léčbě.<sup>16</sup>

### **2.1.8 Sociální a psychologické důsledky schizofrenní poruchy pro rodinu**

Počáteční projevy schizofrenní poruchy často ani jako nemoc nevypadají. Blízký se chová divně, nelze se s ním domluvit, avšak rodina neví proč. Nemocný je zpočátku „pouze“ nesoustředěný, unavený, podrážděný, vztahovačný, líný, uzavírá se, odmítá kontakt s okolím. Nemocný není takový jaký byl dřív ani takový jaký by měl být. Rodina často tuší, že by mohlo jít o duševní onemocnění, ale není si to ochotna připustit. Často si myslí, že chování je důsledek charakterových chyb nebo špatné povahy. Potvrzení diagnózy duševního onemocnění schizofrenní poruchy je pro rodinu zátěž. Reakce rodiny na tuto informaci má svou dynamiku. Rodina projde čtyřmi základními fázemi: popřením skutečnosti, hledáním příčiny, respektive viny, hledáním pomoci a léčby, poslední fází je získání náhledu na situaci a její přijetí.

Nemocný v rodině je pouze jeden, avšak přítomnost jeho choroby způsobí krizi v celé rodině, zasáhne všechny členy rodiny. Nemocný působí v rodině rušivě. Jeho projevy chování jsou často pro členy rodiny obtěžující, i v takových běžných situacích jako např. kdy nelze větrat, aby nevnikli do bytu cizí osoby,

---

<sup>15</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. Kapitola 11. s. 408.

<sup>16</sup> MARŠÁLEK, M. Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 6, s. 269-271.

nelze pouštět televizi, neboť všude nemocného odposlouchávají apod. Vzhledem k projevům nemocného mají blízcí často strach o nemocného, ale často i z něho. Přítomnost nemocného v rodině způsobí narušení či rozklad dosud fungujících pravidel v rodině. Zpravidla dochází k dvěma způsobům vyrovnání se se situací v rodině:

- Chování nemocného je pro rodinu nepřijatelné, dochází k odstupu od nemocného a tím i zvýšení jeho izolace. Rodina nedokáže akceptovat jeho chování a nemocný nedokáže své chování změnit. Rodina postupně přestane nemocného poslouchat, neboť jí jeho „nesmysly“ obtěžují, jsou to produkty „chorého“ mozku. V rodině dochází k tabuizaci problému a k popírání nepříjemné reality.
- Druhým způsobem je opačný přístup, kdy se nemocný stane centrem veškeré pozornosti a péče v rodině. Ostatní členové nemají příliš šanci řešit své problémy. Tím se zvyšuje riziko rozpadu rodiny. Často dochází k vytvoření hyperprotektivního postoje, nejčastěji to bývá ze strany matky.

Až u 60 % nemocných dochází k recidivě akutní ataky. Někdy může právě rodinné prostředí fungovat jako rizikový faktor, který do jisté míry ovlivňuje pravděpodobnost vzniku relapsu. Taková rodina bývá izolovaná, uzavřená, často jsou konfliktní vztahy rodičů, matky často mívají sklon k přehnané péči o své dospělé děti, často bývá i narušená komunikace v rodině, bývá zde i hostilní jednání mezi členy rodiny, negativní hodnocení, kritika apod.<sup>17</sup>

Z výše uvedeného vyplývá, jak velmi nezbytná a potřebná je podpora rodiny a v rámci komplexní léčby nemocného je důležitá „léčba“ celé rodiny, nejen léčba nemocného. Způsobem a možnostmi léčby se zabývá kapitola 2.1.9.2 Psychosociální léčba.

### **2.1.9 Léčba – farmakologická, psychosociální**

Léčba schizofrenní poruchy musí být komplexní. Nezbytná je farmakologická léčba antipsychotiky. Velmi důležitou složkou léčby je komplexní

---

<sup>17</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 355-360.



terapeutický přístup. Včasné zahájení terapie a její způsob a prostředí hraje důležitou roli. Při vyšetření pacienta je nutné vyhodnotit riziko případného suicidálního nebo agresivního jednání. Praxe ukazuje, že oddalování léčby, nebo dlouhodobě neléčená schizofrenní porucha je spojena s horší odpovědí na léčbu a závažnějším výsledným stavem. Dlouhodobě neléčená nemoc má pro nemocného většinou neblahé i sociální důsledky.

#### **2.1.9.1 Farmakologická léčba**

Základem léčby schizofrenní poruchy je podávání léků s antipsychotickým účinkem. Cílem je zvládnout akutní ataku nemoci, zabránit relapsu (návratu) a rozvoji negativních příznaků nemoci. Podávání léků je dlouhodobé, nepřerušované, většinou celoživotní. Při volbě druhu antipsychotik je prioritou, aby lék přinesl nemocnému co nejrychleji úlevu, aby mohl být snadno podán a tak byla zajištěna spolupráce ze strany nemocného při jeho užívání. Samozřejmostí je volba druhu antipsychotik dle snášenlivosti preparátu, neboť pocíťované vedlejší účinky významně ovlivňují pacientův prožitek. Někteří pacienti léky odmítají, protože se necítí být nemocní, situaci chorobně interpretují a léky považují za jed, některým vadí jejich nežádoucí účinky. V akutní fázi nemoci je někdy vhodnější používat léky v tekuté podobě nebo injekční, protože pilulku dovedou pacienti v ústech skrýt a poté ji vyhodí. Dnes máme k dispozici celou řadu léků s antipsychotickým účinkem. Jednou z možností je podávat léky v injekční formě do svalu (depotní neuroleptika), zpravidla v dvoutýdenních intervalech.

Vedle antipsychotik jsou často ordinována i další psychofarmaka dle individuálních obtíží pacientů, např. antidepressiva, benzodiazepiny, carbamazepin a jiné, které slouží i k zvládnutí vedlejších účinků antipsychotik.<sup>18</sup>

#### **2.1.9.2 Psychosociální léčba**

Ke komplexní léčbě schizofrenní poruchy patří nejen medikamentosní léčba, ale i psychosociální léčba. Nejdříve je nutné zvolit prostředí této léčby, ať již na uzavřeném či otevřeném psychiatrickém oddělení, v psychiatrické

---

<sup>18</sup> LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tis, 2004. Kapitola 11. s. 408.

ambulanci či centru pro duševně nemocné, nebo komunitní péči. Způsob léčby je třeba zvolit s ohledem na závažnost příznaků, terapeutické možnosti daného zařízení, pacientovu sociální situaci, podporu okolí, míru jeho spolupráce apod. Platí zde pravidlo, že terapeutické prostředí by pro pacienta mělo být bezpečné a co nejméně restriktivní.<sup>19</sup>

V důsledků projevů schizofrenní poruchy často dochází k izolaci a neschopnosti navázat mezilidské vztahy. Příčinou je jednak chybné vnímání reality ze strany nemocného, jednak i fakt, že chování nemocných se schizofrenní poruchou je nepřiměřené běžným normám a vyvolává u okolí nedorozumění a napjatou atmosféru, úzkosti a někdy i zvýšení agresivity.

Cílem psychosociální intervence a léčby je posilování nemocného v komunikaci a schopnosti stát se více adaptivním a nezávislým. Intervence by měla zahrnovat též práci se členy rodiny, jejímž účelem je nejen samotná edukační práce s rodinou, ale i psychologická podpora rodiny. Při terapeutických intervencích u nemocných se schizofrenní poruchou je využívána hlavně podpůrná terapie. Úkolem psychosociální intervence je posílit schopnost nemocného zvládat široké spektrum životních, mnohdy stresujících situací např. zajištění adekvátního bydlení, finanční prostředky a hospodaření s nimi, nalezení vhodné práce apod.

Do psychosociální terapie patří rodinná psychoedukace, při níž je nemocný i celá rodina informována o nemoci a její léčbě. Rodina je upozorněna na nevhodné způsoby komunikace, jež mohou přispívat ke zhoršení nemoci. Součástí rodinné terapie je, pokud je to vhodné a ve schopnostech nemocného, pomoc a snaha o osamostatnění nemocného za pomoci rodiny. Ať již v podobě chráněného bydlení, bydlení v domech napůl cesty, pracovní rehabilitace v chráněných dílnách atd.<sup>20</sup>

Psychoedukace rodiny vychází z předpokladu negativního vlivu stresujícího prostředí na průběh nemoci. Nemocný hůře reaguje na stres. Proto pokud čelí

---

<sup>19</sup> HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academica Medica Pragensis – Amepra, 2003. s. 47.

<sup>20</sup> KASPER, S. a kol. *Léčba*. In ANDREASEN, N. C., MOUSSAOUI, D., NAKANE, Y. *Schizofrenie Edukační program WPA*. 1. vyd. Praha: Academica Medica Pragensis - Amepra, 2003. Modul 3. s. 104 – 109.

zejména dlouhodobě interpersonální kritice, chaotickému rodinnému prostředí či společenskému stigma, může dojít k progresi symptomů a relapsu. Rodinná psychoedukace stojí na třech základních pilířích. První pilíř je dostatek informací o nemoci. Důležité je, aby okolí nemocného umělo rozpoznat varovné příznaky hrozícího relapsu (poruchy spánku, zhoršenou koncentraci pozornosti, poruchy nálady apod.). Včasným zachycením těchto příznaků rodinou se může předejít rozvoji plného klinického relapsu, jehož důsledkem je často hospitalizace. Důležitá jsou i svépomocná skupinová sezení rodinných příslušníků, kde si mohou vyměňovat zkušenosti, mít pocit sounáležitosti, řešit problematiku stigmatizace nejen nemocného, ale často celé rodiny, řešit pocity viny apod.

Dalším pilířem je psychoedukace v oblasti snížení očekávání příbuzných od pacienta. Nereálná očekávání okolí mohou zvyšovat úzkost nemocného. Je důležité pomoci příbuzným pochopit, že schopnost obstát v některých životních rolích může být v důsledku schizofrenní poruchy zhoršena, že je třeba využít zbylé schopnosti pacienta, hledat a rozvíjet talent nemocného úměrně jeho schopnostem. Předčasný nebo neadekvátní nápor může být pro pacienta v křehké remisi značně rizikový.

Posledním velmi důležitým pilířem je nácvik méně rizikové a emočně nepřetížené komunikace. Pro rodinné příslušníky často nebývá problém vymyslet kritiku, sdělit co vše nemocný nedokáže, ale je velmi těžké vymyslet, za co by nemocného pochválili. Rodinné příslušníky často překvapí, že nemocní se schizofrenní poruchou mohou mít problém při zpracování informací. Je důležité upozornit příbuzné na chyby v komunikaci, např. dlouhá nepřehledná sdělení, několik požadavků v jedné větě, kladení dotazů aniž by čekali na odpověď atd.

Účinnost rodinné psychoedukace je podložena důkazy a výzkumy. Její zařazení v komplexní léčbě je doporučeným postupem, v terénní praxi se však používá málo. Mnozí rodinní příbuzní nemocného psychicky strádají, obtížně se vyrovnávají s duševním onemocněním v rodině, ale často sami uvádí, že jim chybí informace k onemocnění jejich blízkého. I profesionálové se shodují v názoru

na důležitost rodinné terapie, avšak v praxi se s kompletním sociálněpsychoterapeutickým přístupem setkáváme zřídka.<sup>21</sup>

## 2.2 Stigma

### 2.2.1 Původ slova stigma

„Stigma“ je výrazem z řečtiny a znamená „vypálené znamení, cejch“

Význam slova stigma se s léty měnil, dle Goffmana:<sup>22</sup>

*„Řekové, kteří si očividně potrpěli na vizuální pomůcky, uvedli v život termín stigma s úmyslem označovat jím tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného. Tyto znaky se vyřezávaly či vpalovaly do těla a upozorňovaly, že jejich nositel je otrok, zločinec či zrádce – osoba pošpiněná, rituálně nečistá, již je radno se vyhýbat, a to zejména na veřejnosti. Později, v období křesťanství, se termín rozšířil o další dvě metaforické vrstvy: první odkazovala k tělesným znakům svatosti, jež se projevovaly jako rozkvetlé květy na pokožce; druhá, jako lékařská narážka na tuto narážku náboženskou, poukazovala na tělesné znaky fyzické poruchy. Dnes se tento termín běžně užívá ve svém původním doslovném významu, vztahuje se však spíše k hanbě samé než jejímu tělesnému důkazu. Došlo navíc k posunům ohledně toho, jaké typy hanby budí pozornost...Stigma je tedy v podstatě zvláštním druhem vztahu mezi atributem a stereotypem,...“*

Goffman ve své knize Stigma zmiňuje 3 typy stigmat:

- ošklivosti tělesné,
- vady charakteru: slabá vůle, nepoctivost, duševní onemocnění, alkoholismus, homosexualita apod.,
- kmenová stigmata – ta jež se mohou šířit po rodových liniích – stigmata rasy, národa a náboženství.

Pro všechna tato stigmata je společný jeden sociologický rys, že člověk, který by mohl být v běžném společenském styku přijat bez problémů, je nositelem

<sup>21</sup> MOTLOVÁ, L., Psychoedukace u schizofrenie: Proč jsou rodinné intervence účinné. *Psychoedukace aneb jak vnést světlo do tmy*. 2005. roč. 2, č. 3, s. 7-8.

<sup>22</sup> GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. 1. vyd. Praha: SLON, 2003. s. 9 – 12.

určitého charakteristického rysu, který se může vnutit do naší pozornosti a vyvolat „nežádoucí“ chování. Dotyčný je tedy nositelem určité odlišnosti od našeho očekávání, nositelem stigmatu. Nás všechny, kteří se neodlišují od tohoto očekávání, potom nazýváme „normálními“. Z toho vyplývá i odlišné chování „normálních“. Stigmatizovaný se vyrovnává s dvěma rovinami stigmatu a to, že jeho jinakost je zřejmá a jasná na první pohled (je diskreditovaný) nebo předpokládá, že by jinakost ostatní mohli znát, ač zřejmá není (je diskreditovatelný).<sup>23</sup>

### 2.2.2 Dějiny šílenství, stigma a duševně nemocní

Historie psychiatrie, tzv. dějiny šílenství, jsou rozebírány z mnoha úhlů ve velkém množství více či méně odborné literatury. Pro všechny je společné a nepopiratelné, že duševně nemocní, ať již byli nazýváni šílenci, blázny, podivíny atd., byli nějakým způsobem v různých fázích historie vyčleněni ze společnosti, byl jim vypalován cejch, byli upalováni na hranicích, vyháněni za hranice měst, odvázeni na „lodích bláznů“ na druhý břeh.<sup>24</sup> V 18. století, kdy šílenství bylo již kvalifikováno jako duševní nemoc, byli internováni do nemocnic, špitálů, internačních budov. Duševně nemocní byli považováni za hříšníky, kteří pod působením inkvizice musí být přivedeni na pravou cestu. Duševní nemoc byla především romantickými psychiatry viděna jako následek hříšného života, byli označováni za zločince, uvěznováni, upalováni.<sup>25</sup> Za prvního osvoboditele duševně nemocných z okovů a uvěznění je považován díky svým iniciativám Philipp Pinel, který na přelomu 18. a 19. století žádá, aby byly sňaty okovy a svěrací kazajky 13 internovaným šílencům a dozorcům odejmut bič. Pinel tak otevřel cestu k morálnější léčbě.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. 1. vyd. Praha: SLON, 2003. s. 12 – 13.

<sup>24</sup> FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*. Praha: NLN s.r.o., 1994. s. 15 – 17.

<sup>25</sup> HINTERHUBER, H. Stigma schizofrenie: Snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 5, s. 216.

<sup>26</sup> ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. s. 51 – 52.

### 2.2.3 Zdroje stigmatu – mýty o schizofrenní poruše

O souvislosti duševního onemocnění a stigmatizace není pochyb. Lidé se duševně nemocných obávají, protože duševní nemoci se projevují jinak než tělesné. Většina tělesných nemocí zapříčiní porucha funkce orgánu, která je srozumitelná a ohraničená. Duševní onemocnění je změna v prožívání a chování, které se objevuje i u „normálních“ bez spojení s onemocněním. Chování a prožívání duševně nemocného se může jevit jako vystupňované stavy z běžného života, které umíme přemáhat. Všichni občas zažíváme pocity smutku, ztráty chutě k jídlu apod. Překonáme je však. Proto se potom duševně nemocní, kteří toto nedokážou, jeví jako líní, slabí, neschopní, nespolehliví, nekontrolovatelní a možná i hloupí a nebezpeční.<sup>27</sup>

Prameny stigmatizace duševně nemocných mají kořeny v kultuře a jsou posilovány každodenními příběhy v novinách, poznámkami v běžné mluvě i ustálenými obraty v řeči. Není rozlišováno mezi jednotlivými případy a více než zkušenost s daným člověkem ovlivňuje názor informace z doslechu, literatury a médií, které jsou převáděny do obecné roviny. Tento kruh mezi odlišným chováním a nemocí dobře popsala „značková teorie“ v 60. letech. Označení či nálepka jsou jen jiná slova pro stigmatizaci. Znamená to, že individuální projevy nemocného jsou vnímány a vykládány v souladu se stereotypem – cejchem. Společně s nedostatečnými teoretickými znalostmi o duševních onemocněních potom vedou k diskriminaci duševně nemocných.<sup>28</sup>

***„Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními a nedostatečná znalost vedou k diskriminaci duševně nemocných.“<sup>29</sup>***

Mezi nejčastější mýty a předsudky spojené se schizofrenní poruchou patří:<sup>30</sup>

#### **1. Schizofrenní porucha je nevyléčitelné onemocnění.**

Se schizofrenní poruchou dle dlouhodobé perspektivy uspokojivě prožívá svůj život jedna až dvě třetiny pacientů. U řady nemocných dle dlouhodobých

---

<sup>27</sup> LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 38.

<sup>28</sup> LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 39.

<sup>29</sup> LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 39.

<sup>30</sup> LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 40.

studií dojde k úplné remisi onemocnění. Schizofrenní porucha nemusí mít nezbytně celoživotní průběh. Záleží spíše na včasné a správné léčbě, na rehabilitaci postižených funkcí, na pomoci rodiny a okolí, rehabilitaci sociálních postojů a dovedností. Ve většině případů, pokud nedojde k úplné remisi, je možné onemocnění kontrolovat a minimalizovat jeho následky v osobním a pracovním životě.

## **2. Pacienti se schizofrenní poruchou mají sklon k násilí a jsou nebezpeční.**

Většina pacientů se schizofrenní poruchou nikdy nespáchá trestný čin. U pacientů se schizofrenní poruchou je mírně zvýšený počet násilných trestných činů. Často toto násilí pramení z jejich bludů a halucinací, kdy se nemocní brání proti bludným a halucinovaným ohrožením a útokům. Sami se však často stávají obětí trestných činů. Podobně jako u zdravých lidí je riziko násilných trestných činů posilováno zneužíváním návykových látek.

## **4. Lidé se schizofrenní poruchou jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat.**

Lidé se schizofrenní poruchou jsou schopni pracovat, problémem jsou spíše vysoké nároky na výkon v zaměstnání, typické pro průmyslové země. Lidé se schizofrenní poruchou nejsou často schopni vyhovět takto vysokým nárokům. Pravidelné zaměstnání v upravených podmínkách je pro nemocné naopak prospěšné a žádoucí. Více než polovina nemocných se schizofrenní poruchou je s podporou způsobilá získat a udržet si pracovní místo na pracovním trhu.

## **5. Schizofrenní porucha je druh trvalé duševní zaostalosti.**

Ani tento mýtus není podložen důkazy. Jsou známi lidé, které prodělali psychotické onemocnění a přesto dosáhli mimořádných tvůrčích a pracovních úspěchů. Asi nejznámější je matematik John Nash, kterému byla v roce 1994 udělena Nobelova cena. Pouze v ojedinělých případech při neléčené formě schizofrenní poruchy nebo jejím těžkém průběhu může dojít k poškození intelektu. Jedná se však o ojedinělé případy. Dochází spíše k rozpadu osobnosti jako takové.

## 2.2.4 Důsledky stigmatizace

Stigmatizace má pro duševně nemocné mnoho negativních důsledků. Asmus Finzen v souvislosti se stigmatizací a diskriminací dokonce hovoří o druhém onemocnění.

Duševně nemocní, jejich blízcí i lidé pečující o duševně nemocné jsou jak objekty tak i subjekty stigmatizace. Klienti často stigma zvnitřňují a vyrovnávají se s ním tak, že se stahují, izolují, nebo reagují agresivně na konfrontace s okolím.<sup>31</sup>

Stigmatizace ovlivňuje včasné zahájení léčby a nasazení vhodné terapie. Někdy i samotní příbuzní odrazují svého člena rodiny od léčby na psychiatrii ze strachu ze stigmatizace. Funkci nálepky plní pouhá informace o kontaktu s psychiatrickou institucí, především informace o hospitalizaci. Takový jedinec je vystaven větší společenské kontrole, což vede často k zatajování a popírání nemoci. Často pacienti i rodinní příslušníci považují léky za jedy, což též zhoršuje spolupráci se zdravotníky. Dochází k zamlčování některých symptomů.<sup>32</sup> Zhoršuje se i spolupráce při užívání medikace.

***„Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se opakují zhoršení nemoci. Dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Rozetnutí bludného kruhu je pro samotné pacienty a jejich rodiny velmi nesnadné... Pravdou je, že mnozí pacienti si více než na samotný příznak nemoci stěžují na izolaci, osamocenost a oslabený pocit vlastní sebehodnoty.“***<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. Kapitola 8. s. 134.

<sup>32</sup> PRAŠKO, J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie*. 2001, roč. 5, č. 1, s. 32 – 37.

<sup>33</sup> WENIGOVÁ, B. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)* [online]. [cit.2011-01-04]. Dostupné na Internetu: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>>.



## 2.2.5 Destigmatizace

### 2.2.5.1 Destigmatizační aktivity: výzkumy a projekty

Cílem destigmatizace je změnit stereotypní pohled na jedince s duševním onemocněním tak, aby nebyl společensky izolován a sankcionován. Důležité je, aby se změnil postoj okolí, zaměstnavatele, rodiny, přátel, zdravotníků a medií. Důležité je seznamovat veřejnost a okolí nemocného s projevy duševních poruch, aby je nevnímali jako „senzaci“ a „odlišnost“ a byli jim schopni porozumět a případně přiměřeně pomoci. Protože stigmatizace je pro mnohé s duševním onemocněním natolik vážným problémem, který je odradí od léčby je nezbytné zamýšlet se stále nad cestami k destigmatizaci.<sup>34</sup>

Snahy o změnu negativních postojů k duševně nemocným se snažila řešit v roce 1992 Organizace spojených národů vyhlášením Rezoluce č. 119, která prohlašuje léčbu a péči o duševní nemoc za lidské právo. V příloze této rezoluce byly formulovány Principy k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné.<sup>35</sup>

Tímto ovlivněná Světová psychiatrická asociace ( dále jen WPA) zahájila vysvětlovací kampaň „Open the doors“, do češtiny překládáme „Otevřme dveře“, kdy za pomoci moderní komunikační techniky se pokusila změnit mýtus méněcenného postavení, které onemocnění schizofrenií představuje. Snažila se prostřednictvím této kampaně docílit změny postojů k těmto nemocným. Základními cíli kampaně bylo prostřednictvím médií uvádět vysvětlovací programy a zkušenosti odborníci prostřednictvím kontaktu s nemocnými uváděli adekvátní a správné informace z oblasti psychiatrie. Cílovou skupinou byli žurnalisté, jako zástupci medií a zdravotníci.<sup>36</sup>

Česká republika se připojila k programu WPA „Otevřme dveře“ v roce 2004, kdy zahájila projekt nazvaný Změna. Jeho hlavním cílem je snižování stigmatu a diskriminačního postoje vůči duševně nemocným i psychiatrii jako

---

<sup>34</sup> PRAŠKO, J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“ *Psychiatrie*. 2001, roč. 5, č. 1, s. 32 - 37.

<sup>35</sup> LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 39.

<sup>36</sup> HINTERHUBER, H. Stigma schizofrenie: Snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 5, s. 217.

oboru. Projekt je zaměřen především na schizofrenní poruchu, bipolární poruchu, psychiatrické poruchy v dětství a adolescenci. Projekt se snaží informovat o těchto a dalších potížích, obdobně jako v programu „Otevřme dveře“, především prostřednictvím webových stránek, letáků, vzdělávacích akcí a medií. Při těchto propagačních aktivitách je využívána spolupráce s organizacemi pacientů a příbuzných. Cílovou skupinou projektu jsou veřejnost, pacienti a jejich příbuzní, lékaři a zdravotníci a státní správa. Druhým hlavním cílem programu je přesun péče z velkých institucí do komunitní péče. Program byl naplánován na 3 roky (2004 - 2007). Jednou ze známějších akcí pořádaných v rámci této kampaně mimo různé semináře je i vystavování obrazů duševně nemocných v metru a vytvoření webových stránek [www.stopstigmapsychiatrie.cz](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz).<sup>37</sup>

V České republice v posledních letech pod záštitou neziskové organizace Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ale také zásluhou jiných organizací, proběhlo několik aktivit, jejichž cílem byla destigmatizace duševně nemocných. Připomeňme např. festival „Mezi ploty“, který je realizován v Psychiatrické léčebně Bohnice od roku 1992 (v Psychiatrické léčebně v Kosmonosech je pořádán od roku 2003 podobný festival v menším rozměru s názvem „Na kopečku“). Další akcí, která je známá široké veřejnosti nejen z Prahy, je „Týden duševního zdraví“. Proběhlo též několik výzkumů mapujících existenci služeb, které jsou nabízeny nebo naopak postrádány duševně nemocnými, např. v roce 2006 proběhl výzkum zaměřený na mapování potřeb odborníků a uživatelů psychiatrické péče v Praze. Tímto projektem byl potvrzen známý fakt o nedostatku služeb komunitní péče. Další projekty (např. Matra I., II., III. realizované Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví), se zaměřily především na propojení komunitní a lůžkové péče, ale také na vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Jako příklad můžeme také zmínit velmi zajímavý pilotní projekt realizovaný v současné době v Karlovarském kraji „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“, probíhající v letech

---

<sup>37</sup> WENIGOVÁ, B. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)* [online]. [cit.2011-01-04]. Dostupné na Internetu: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>>.

(2010 – 2011), kterému předcházela v roce 2009 projekt mapování potřeb služeb pro duševně nemocné v Karlovarském kraji.<sup>38</sup>

Velmi inspirativní byl též výzkum provedený v roce 2004 v rámci projektu Změna. Výzkum byl veden pod názvem „Názory na schizofrenii“, byl proveden agenturou DEMA na vzorku 700 dospělých lidí v České republice. Vyplynulo z něj, že obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenní poruchy je chabá a zcela nedostatečná. Informace, které se k občanům dostávají, jsou náhodné a útržkovité. Nejvíce se projevíly tři aspekty při popisování jedince se schizofrenní poruchou: agresivita, obavy a nevyzpytatelnost.<sup>39</sup>

### **2.2.5.2 Destigmatizační opatření**

#### **Reforma psychiatrie:**

K destigmatizaci je bezpochyby třeba také komplexní program pro změny v psychiatrii vůbec. Takový program o současném a optimálním stavu péče o duševně nemocné byl vydán 1. ledna 2001 pod názvem Koncepce oboru psychiatrie. K jeho plné realizaci nicméně vede ještě velmi dlouhá cesta.<sup>40</sup>

#### **Občanská sdružení a svépomocné skupiny:**

Jako velmi důležité pro destigmatizaci a kvalitnější a snazší život jedinců se schizofrenní poruchou se jeví i různé svépomocné skupiny a občanská sdružení, např. Sympathea, Epoché, Eset – Help, Fokus, Sdružení Práh, Vida aj.

#### **Změny v sociální práci:**

Jako důležité pro destigmatizaci jedince se schizofrenní poruchou jsou nejen výše zmiňované destigmatizační aktivity zahrnující informovanost, sdružení, změna koncepce v psychiatrii, doplnění služeb pro jedince se schizofrenní poruchou, ale i změny v přístupu a práci s těmito klienty. Velmi často provázejí jedince se schizofrenní poruchou sociální pracovníci. Matoušek v Sociální práci

---

<sup>38</sup> Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Pilotní projekty – vytváření modelů péče*. [online]. [cit.2011-01-05]. Dostupné na Internetu: <[http://www.cmhcd.cz/pilotni\\_projekty.html](http://www.cmhcd.cz/pilotni_projekty.html)>.

<sup>39</sup> WENIGOVÁ, B. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)*. [online]. [cit.2011-01-04]. Dostupné na Internetu: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>>.

<sup>40</sup> Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Koncepční a metodická práce*. [online]. [cit.2011-01-05]. Dostupné na Internetu: <[http://www.cmhcd.cz/koncepcni\\_prace.html](http://www.cmhcd.cz/koncepcni_prace.html)>.

pro praxi rozebírá vhodnost změny v péči o jedince se schizofrenní poruchou, nutnost specializace ve třech základních oblastech: psychiatrické rehabilitaci (oblast bydlení a práce, sociální rehabilitace, psychoedukace), případovém vedení – case managementu, psychoterapii (nyní více v sociální práci upřednostňovány první dvě varianty). Je nutné zlepšení spolupráce mezi lůžkovými zařízeními a následnou péčí. Jako vhodné se jeví právě případové vedení - case management, kdy pracovník naváže vztah s klientem již během hospitalizace a dále ho provází i po propuštění. Pomáhá mu zajistit bydlení, práci, volnočasové aktivity, provází ho při spolupráci s ambulancí apod. Pomáhá klientovi zvládat právě i důsledky stigmatizace, izolace a diskriminace související s jeho poruchou.<sup>41</sup>

### **Zdroje pro specifika komunikace s jedinci se schizofrenní poruchou:**

Základem pro změnu v postoji k jedincům se schizofrenní poruchou a následně i pro snížení jejich stigmatizace je dostatek informací a znalostí, jak s těmito klienty jednat a komunikovat.

Existuje sice velké množství odborné literatury o schizofrenní poruše, ta je ale pro sociální pracovníky bez specializace a přímé zkušenosti s jedinci s duševním onemocněním (např. ve státních institucích) nesrozumitelná, těžko pochopitelná, málo obrazná. Jako vhodná literatura pro sociální pracovníky v praxi se jeví již výše zmiňovaná Matoušková Sociální práce pro praxi. Dává základní návod, jaké metody sociální práce při provázení jedince s duševním onemocněním použít.

Další knihou, která vyšla nedávno a bylo po ní dlouho sociálními pracovníky voláno a která se zabývá sociální prací s duševně nemocnými, je kniha Mahrové a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. V ní autoři zdůrazňují, že zásadní při práci s klientem s duševním onemocněním je navázání vztahu. Klienti, kteří vyhledají služby sociálního pracovníka, jsou často v těžké životní situaci, jejich jednání je ovlivněno duševním onemocněním, proto jejich styl a projevy mohou být nepříjemné. Z těchto důvodů je třeba ke klientovi přistupovat s dobrým profesionálním vztahem, dle C. Rogerse s opravdovostí,

---

<sup>41</sup> PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. Kapitola 8. s. 138 – 152.

respektem a úctou, otevřeností, vřelostí, empatií atd.<sup>42</sup> Speciálně při jednání s jedinci se schizofrenní poruchou je třeba počítat s tím, že jejich projevy jsou mnohotvárné, nepřehledné, projevy klienta mohou být ovlivněny bludy a halucinacemi. Je třeba nevyvracet, ale ani nepřítakávat bludným produkcím. Je třeba mít při komunikaci trpělivost, mluvit v jednoduchých a srozumitelných větách, dávat si pozor na nejasné „dvojné“ významy, které by mohly vyvolávat úzkost. Navázání kontaktu s jedinci se schizofrenní poruchou bývá obtížnější, ale je základem pro úspěšnou komunikaci a spolupráci. Navázání pocitu důvěry zjednoduší další práci s klientem.<sup>43</sup>

Knihou, která může na praktických ukázkách pomoci pochopit jedince s psychotickým onemocněním, je Kalinova kniha *Jak žít s psychózou*. Kniha může usnadnit pacientům, jejich okolí, ale i lidem v pomáhajících profesích lépe porozumět nemoci, zvládat potíže a problémy s ní spojené. Dává praktické podněty jak vést rozhovory s klienty. Dává možnost nahlédnout jak různé situace klienti vnímají, jak působí naše jednání na ně atd. Podobné zkušenosti ze zahraničí ukazují, že obdobné výkladové modely jsou pro většinu lidí snadno přístupné a srozumitelné. Nenahrazují odbornou literaturu, ale jsou mnohem srozumitelnější a dávají praktické informace. Kniha je rozdělena do pěti částí na tématické části: Co je psychóza?, Jak probíhá léčení?, Co může dělat rodina?, Jak se dostat k životu?, Jak připravovat budoucnost?. Jednotlivé kapitoly jsou vždy shodně děleny na: seznámení s problémem – expozice, výklad, komentář, otázky a odpovědi. Velmi přínosné na této knize je, že vše je demonstrováno přímými úryvky z rozhovorů s duševně nemocnými a jejich blízkými. Jsou uvedeny jejich dotazy. Uvádění přímých slov jedinců s psychotickým onemocněním pomáhá dát praktický návod a zprostředkovanou zkušenost, jak jednat s těmito klienty, jak alespoň trochu pochopit jejich uvažování, prožívání a chování.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> VENGLÁŘOVÁ, M. Vztah a komunikace s klientem. In MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 10. s. 97 – 98.

<sup>43</sup> VALENTOVÁ, V. Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním a komunitní péče. In MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 11.4. s. 128 – 129.

<sup>44</sup> KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portal, 2001. s. 9 – 11.

## **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Cíl praktické části a účel průzkumu**

Nedostatek odborných znalostí a informací je považován za jeden z hlavních důvodů stigmatizace, a to nejen u duševně nemocných. V praktické části bakalářské práce bylo proto zjišťováno, jakou míru informovanosti o schizofrenní poruše vykazuje populace. Bylo zjišťováno, zda jsou rozdíly v informovanosti populace dělené dle profesního vztahu k jedincům se schizofrenní poruchou a zda informovanost skutečně ovlivňuje stigmatizační postoje.

K naplnění cíle praktické části bakalářské práce a pro ověření stanovených předpokladů bylo zvoleno kvantitativní šetření. Byl osloven vzorek 280 respondentů technikou dotazníku, který byl vytvořen pro toto šetření. Byly zjišťovány odborné znalosti o schizofrenní poruše (symptomy nemoci, léčitelnost apod.) a znalosti o každodenním životě jedinců se schizofrenní poruchou, které jsou mnohdy ovlivněny mýty a předsudky (nezbytnost žití jedinců se schizofrenní poruchou v ústavním zařízení, schopnost pracovat, schopnost vychovávat děti, nebezpečnost apod.). Další položky v dotazníku jsou věnovány osobní zkušenosti s jedinci se schizofrenní poruchou a zájmu o informace o schizofrenní poruše.

Míra stigmatizace byla zjišťována na základě profesního vztahu populace k jedincům se schizofrenní poruchou. Výzkumný vzorek byl rozložen do 3 skupin: skupina 1 „laická veřejnost“ (140 respondentů) – lidé nemající žádný pracovní vztah k jedincům se schizofrenní poruchou, skupina 2 „pomáhající profesi“ (70 respondentů) – lidé, kteří přichází nebo mohou přijít při výkonu své profese do styku s jedinci se schizofrenní poruchou, skupina 3 „profesionálové“ (70 respondentů) – lidé, kteří při výkonu svého povolání pečují o jedince se schizofrenní poruchou. U vybraného vzorku populace byl zjišťován rozdíl v informovanosti o jedincích se schizofrenní poruchou a míra negativních stigmatizačních postojů.

Na základě analýzy výsledků empirického šetření byla navržena možná opatření, která by pomohla klientům v praxi. Teoretických studií o stigmatizaci

bylo vypracováno v České republice i zahraničí mnoho, jsou vytvořeny destigmatizační programy. Cílem tohoto empirického šetření ale bylo, na základě zjištěných dat, navrhnout opatření praktická, menšího rozsahu. A to proto, že destigmatizační opatření již existující v podobě dlouhodobých programů destigmatizace duševně nemocných jsou pro svou přílišnou obecnost pro pracovníky v pomáhajících profesích hůře uchopitelná a převeditelná do praxe.

Při stanovování předpokladů pro naplnění cíle empirického šetření bylo vycházeno z definice zdrojů stigmatizace a mýtů souvisejících se schizofrenní poruchou (viz kapitola 2.2.3 Zdroje stigmatu – mýty o schizofrenní poruše), kde Libiger říká, že zdrojem stigmatu (označení, předsudků, nálepky) je nedostatečná teoretická znalost, která i v souvislosti s nadřazováním skupinových vlastností nad vlastnosti individuální vede k diskriminaci, potažmo stigmatizačním postojům k duševně nemocným.<sup>45</sup>

Při stanovování předpokladů bylo vycházeno z logického předpokladu, že vzhledem k profesnímu vzdělání a vztahu k jedincům se schizofrenní poruchou bude mít nejkvalitnější znalosti o jedincích se schizofrenní poruchou skupina 1 „profesionálové“, méně kvalitní skupina 2 „pomáhající profese“ a nejméně skupina 3 „laická populace“. Dále bylo předpokládáno, že v stigmatizačních postojích bude nejméně stigmatizační postoje projevovat skupina 1 „profesionálové“, více skupina 2 „pomáhající profese“ a nejvíce stigmatizační postoje bude vyjadřovat skupina 3 „laická populace“.

Při vyhodnocování empirického šetření bylo třeba zohlednit, že úroveň znalostí a stigmatizačních postojů populace k jedincům se schizofrenní poruchou je ovlivněna společenským očekáváním, postoji a nevědomými tendencemi. Jak říká Kohoutek: „*Člověk vždy nevyjadřuje navenek svůj pravý a vlastní postoj, ale vyjadřuje to, co je považováno za sociálně žádoucí, nebo to o čem se domnívá, že bude v dané společnosti preferováno.*“<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 39.

<sup>46</sup> KOHOUTEK, Rudolf a kol. *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1998. s. 9.

Hartl a Hartlová výraz postoj definují jako ustálený způsob reagování na předměty, osoby, situace a na sebe sama. Postoj je součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti. Postoj předurčuje poznání, chápání, myšlení, cítění; vědomosti a dovednosti. Postoje se získávají v průběhu života, především vzděláváním a širšími sociálními vlivy, jako je veřejné mínění, sociální kontakty aj. Postoje jsou relativně trvalé a obsahují složku poznávací (kognitivní), citovou (afektivní) a konativní (behaviorální). Postoje lze měřit kvantitativně (škály) nebo analyzovat obsahově podle vztahu k hierarchii hodnot.<sup>47</sup>

## 3.2 Stanovení předpokladů

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru stigmatizačních postojů k jedincům se schizofrenní poruchou a zmapovat znalosti o schizofrenním onemocnění prostřednictvím srovnávání skupin rozložených dle profesionálního vztahu k jedincům se schizofrenní poruchou. Při srovnávání zvolených skupin byl přijat logický předpoklad, že nejkvalitnější znalosti o jedincích se schizofrenní poruchou bude mít skupina 1 „profesionálové“, hůře na tom bude skupina 2 „pomáhající profese“ a nejhůře skupina 3 „laická veřejnost“. V předpokladu č. 2 bylo předpokládáno, že se stigmatizačními postoji to bude naopak, nejméně bude stigmatizační postoje vyjadřovat skupina 1 „profesionálové“, více skupina 2 „pomáhající profese“ a nejvíce skupina 3 „laická veřejnost“. Na základě těchto předpokladů a vymezení pojmu stigmatizace (= nadřazení skupinových vlastností nad vlastnosti individuální a nedostatečné znalosti vedou k diskriminaci)<sup>48</sup> byly stanoveny tyto předpoklady:

### Předpoklad č. 1:

**Skupina 1 „profesionálové“ bude informovanější než skupina 2 „pomáhající profese“ a zároveň skupina 2 „pomáhající profese“ bude informovanější než skupina 3 „laická veřejnost“.**

---

<sup>47</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 442.

<sup>48</sup> LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 39.



Předpoklad č. 2:

**Skupina 1 „profesionálové“ bude méně projevovat stigmatizační postoje než skupina 2 „pomáhající profese“ a zároveň skupina 2 „pomáhající profese“ bude méně projevovat stigmatizační postoje než skupina 3 „laická veřejnost“.**

### **3.3 Použité metody**

Pro ověření stanovených předpokladů empirického šetření bylo zvoleno kvantitativní šetření. Vzhledem k potřebnosti oslovení většího vzorku respondentů (280 respondentů) byla zvolena technika dotazníku vlastní konstrukce.

Metody dotazníku bylo využito, protože dotazník je využíván ve společenských vědách a vědách o člověku, kdy existuje mnoho výzkumných otázek, na které je obtížné hledat odpovědi dotazováním se jednotlivých lidí. Obzvláště, pokud potřebujeme zadat jednu a tutéž sadu otázek většímu počtu lidí. Proto je výhodnější, zadáme-li je najednou – simultánně, prostřednictvím dotazníku. Dotazník je vlastně standardizované interview předložené v písemné podobě. Výhodou dotazníku je úspora času a finančních prostředků, data lze lépe kvantifikovat. Nevýhodou dotazníku je menší pružnost, otázky nemusí být srozumitelné všem, nižší věrohodnost dat (tzv. lžiskór) a již výše zmiňované ovlivnění postojem a společenským očekáváním.<sup>49</sup>

V dotazníku byly použity jak otázky uzavřené, tak i otázky otevřené. Účelem otevřených otázek bylo především vykompenzovat tzv. lžiskór - vliv potřeby se jevit v „lepší světlo“ a vyhovět společenskému očekávání, „Respondent volí nepravdivou odpověď, aby se ukázal v nejlepším světle,...“<sup>50</sup> Vliv tohoto faktoru byl předpokládán vzhledem k tématu a i praktickým zkušenostem a také sledován a zohledněn při vyhodnocení.

V uzavřených otázkách byla zvolena škála odpovědí: „ano“ – „ne“ – „nevím“. Odpověď „nevím“ je důležitá pro umožnění respondentům vyrovnat se s faktem, že někteří neznají odpověď na určitou otázku a než by se k tomuto

<sup>49</sup> FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 183.

<sup>50</sup> DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. s. 60.

přiznali, vyjádří postoj, aniž mají tušení.<sup>51</sup> Při pilotním šetření bylo zjištěno, že širší a pro každou otázku individuální škála odpovědí byla zcela nevyhovující z důvodu velmi špatné možnosti vyhodnocení dat a tendenci respondentů odpovídat neutrálně, tak jak je společensky očekáváno, proto byla zvolena forma odpovědí „ano“ – „ne“ – „nevím“.

Dotazník byl zaměřen na ověření předpokladů stanovených pro tuto bakalářskou práci, a současně poskytoval informační materiál pro využitelnost ve vlastní praxi. Položky v dotazníku jsou zaměřeny na získání informace o znalostech populace o jedincích se schizofrenní poruchou. Zjištění míry znalostí populace bylo využito v návrzích na opatření, která by měla v praxi pomoci jedincům se schizofrenní poruchou v resocializaci a spolupráci s institucemi, které zajišťují péči po propuštění z ústavního zařízení. Pokud bude mít populace, především populace v pomáhajících profesích, správné znalosti, sníží se i stigmatizace nejen lidí se schizofrenní poruchou, ale i jejich rodinných příslušníků a lidí pracujících s jedinci se schizofrenní poruchou. V poslední části dotazníku byl zjišťován zájem o informace o jedincích se schizofrenní poruchou.

V rámci vyhodnocení dotazníků bylo použito i škálování vlastní konstrukce u položky č. 16 s otevřenou otázkou.

Dotazníky byly shromažďovány od 1.7.2010 do 30.9.2010.

### **3.4 Pilotáž**

Pilotní šetření bylo provedeno dotazníkem (viz. příloha č. 1) v měsíci červnu 2010 ve skupině studentů 2. ročníku střední školy v Mladé Boleslavi a mezi náhodně vybranými dospělými osobami, celkem v počtu 20 respondentů. Pilotním šetřením bylo zjištěno, že je nevhodně zvolena škála odpovědí. Respondenti odpovídali z 80 % na otázky nabídnuté jako „společensky žádoucí“ nebo tak, aby nemuseli vyjádřit jasně svůj postoj.

---

<sup>51</sup> DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. s. 153.

Např. v položce č. 6:

Mohou lidé se schizofrenní poruchou pracovat?

Škála odpovědí: „ano“ – „ne“ – „pouze v chráněné dílně“ – „nevím“

- 80 % respondentů (16 z 20) odpovědělo: „pouze v chráněné dílně“,
- 10 % respondentů (2 z 20) odpovědělo: „ne“,
- 5 % respondentů (1 z 20) odpovědělo: „ano“,
- 5 % respondentů (1 z 20) odpovědělo: „nevím“.

Proto po pilotním šetření byl dotazník upraven, především ve škále odpovědí na: „ano“ – „ne“ – „nevím“.

### 3.5 Popis zkoumaného vzorku

Pro empirické šetření byl zvolen vzorek populace rozdělený do 3 skupin na základě profesního vztahu k jedincům se schizofrenní poruchou. Byl zvolen vzorek celkem 280 respondentů. Při empirickém šetření byli osloveni respondenti ze středně velkých měst Středočeského a Libereckého kraje. Přesné sídlo organizací a škol nebude uvedeno na žádost samotných respondentů a z důvodu překročení etických norem. Přesné uvedení místa institucí vzhledem k výsledku empirického šetření by mohlo mít negativní dopad zejména na klienty v péči konkrétního zařízení, protože byli osloveni zaměstnanci institucí a organizací, které zajišťují péči o klienty tohoto určitého zařízení a mají zájem o výsledky tohoto empirického šetření.

Znalosti a postoje veřejnosti k jedincům se schizofrenní poruchou byly zkoumány srovnáním 3 skupin:

**1. Skupina 1 „laická veřejnost“:** (symbolický název „laická veřejnost“ zvolen pro zjednodušení a lepší přehlednost textu) **počet respondentů 140:**

- vzorek běžné populace, která nemá žádný profesní vztah k duševně nemocným. Tento výzkumný vzorek se skládá ze dvou podskupin. Skupina A (70 respondentů) - vzorek populace dospělých osob nad 18 let oslovený prostřednictvím internetové pošty na základě emailového adresáře, oslovení respondenti dle adresáře požádání o oslovení osob jim známých, kteří nepracují s jedinci se schizofrenní poruchou. Návratnost dotazníku 100 %.

Výběr dotazníku ukončen při počtu 70. Skupina B (70 respondentů) – oslovení studenti dvou škol v středně velkém městě Středočeského kraje. Dotazníky vyplněny se studenty po domluvě s řediteli škol při hodině společenské výchovy. Návratnost dotazníku 100 %.

**2. Skupina 2 „pomáhající profese“** (symbolický název „pomáhající profese“ zvolen pro zjednodušení a lepší přehlednost textu) **počet respondentů 70:**

- vzorek populace, která by při výkonu svého povolání mohla přijít a přichází do styku s jedinci se schizofrenní poruchou - pracovníci sociálních odborů městských úřadů ve Středočeském a Libereckém kraji, zdravotničtí pracovníci nemocnice ve Středočeském kraji (oddělení úrazové ambulance, rehabilitace a traumatologického a chirurgického oddělení), kontaktní pracovníci dvou úřadů práce ve Středočeském kraji. Návratnost dotazníku 100 %.

**3. Skupina 3 „profesionálové“** (symbolický název „profesionálové“ zvolen pro zjednodušení a lepší přehlednost textu) **počet respondentů 70:**

- vzorek populace, která při výkonu svého povolání přímo pracuje s jedinci s duševní poruchou včetně s jedinci se schizofrenní poruchou – zdravotničtí pracovníci Psychiatrické léčebny v Kosmonosech, zaměstnanci Sdružení Fokus Mladá Boleslav. Návratnost dotazníku 100 %.

## **3.6 Předpoklady a jejich naplnění**

### **3.6.1 Vyhodnocení předpokladu č. 1**

**Skupina 1 „profesionálové“ bude informovanější než skupina 2 „pomáhající profese“ a zároveň skupina 2 „pomáhající profese“ bude informovanější než skupina 3 „laická veřejnost“.**

Pro potvrzení tohoto předpokladu bylo vyhodnoceno 7 položek dotazníku (položka č. 3, 4, 6, 7, 8, 9 a 11). Právě tyto položky byly zvoleny, protože zkoumají informovanost populace o jedincích se schizofrenní poruchou. Aby byl tento předpoklad naplněn, bylo stanoveno, že musí být potvrzen v 6 ze 7 vybraných položek dotazníku.

### **Položka č. 3:**

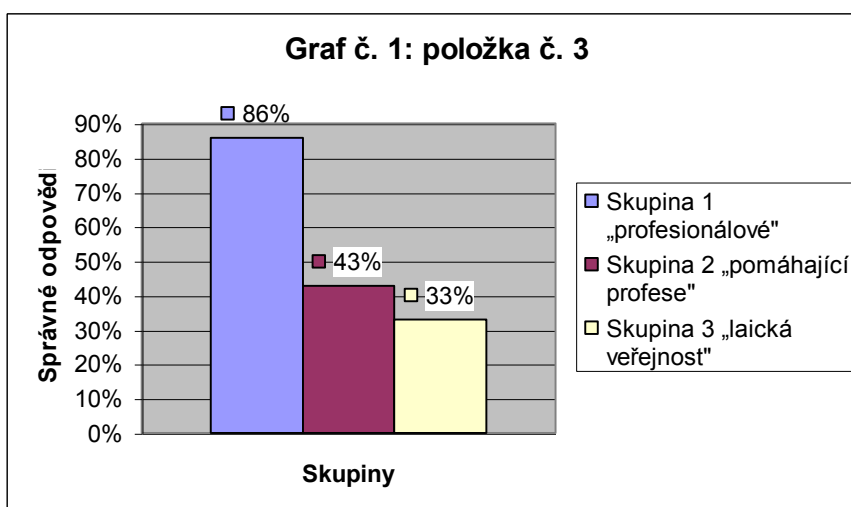
**Uved'te alespoň 3 typické příznaky schizofrenní poruchy:**

Za správnou odpověď bylo považováno, pokud respondent uvedl alespoň 2 příznaky schizofrenní poruchy správně.

**Tabulka č. 1: položka č. 3**

Skupina		Odpovědi			
		Správné		Chybné	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	60	86%	10	14%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	30	43%	40	57%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	46	33%	94	67%

**Položkou č. 3 byl předpoklad č. 1 potvrzen.** Nejlépe je o příznacích schizofrenní poruchy informována skupina 1 „profesionálové“ – 86 % (60 ze 70) respondentů uvedlo správně alespoň dva příznaky poruchy. Druhou nejlépe informovanou skupinou je skupina 2 „pomáhající profese“ – 43 % (30 ze 70) respondentů uvedlo správně alespoň 2 příznaky schizofrenní poruchy. Nejméně správných odpovědí uvedla dle předpokladu skupina 3 „laická veřejnost“ – 33 % (46 ze 140) respondentů.



#### **Položka č. 4:**

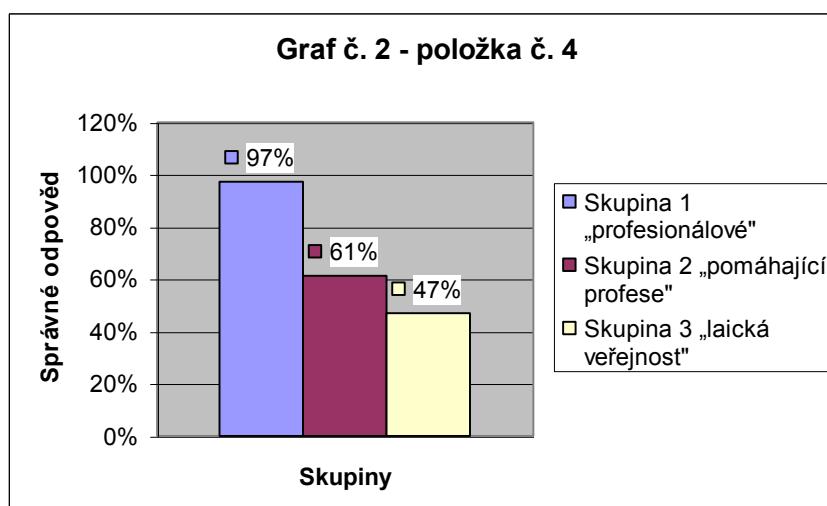
#### **Je možné schizofrenní poruchu léčit?**

Za správnou odpověď byla považována odpověď „ano“, schizofrenní poruchu lze léčit.

**Tabulka č. 2: položka č. 4**

Skupiny		Odpovědi					
		Ano		Ne		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	68	97%	2	3%	0	0%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	43	61%	10	14%	17	24%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	66	47%	32	23%	42	30%

**Položkou č. 4 byl předpoklad č. 1 potvrzen.** Nejlépe je informována o léčitelnosti schizofrenní poruchy skupina 1 „profesionálové“ – 97 % (68 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ano“. Druhou nejlépe informovanou skupinou je skupina 2 „pomáhající profese“ – 61 % (43 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ano“. Nejméně odpověď „ano“ uvedla dle předpokladu skupina 3 „laická veřejnost“ – 47 % (66 ze 140) respondentů.



### **Položka č. 6:**

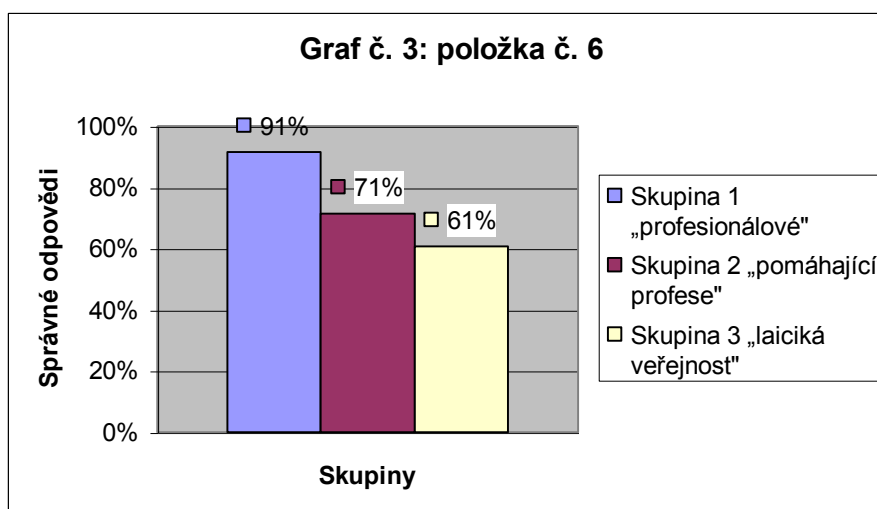
#### **Mohou lidé se schizofrenní poruchou pracovat v pracovním poměru?**

Za správnou odpověď je v této položce považována odpověď „ano“, jedinci se schizofrenní poruchou mohou pracovat v pracovním poměru.

**Tabulka č. 3: položka č. 6**

Skupiny		Odpovědi					
		Ano		Ne		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	64	91%	6	9%	0	0%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	50	71%	9	13%	11	16%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	85	61%	20	14%	35	25%

**Položkou č. 6 byl předpoklad č. 1 potvrzen.** Nejlépe je o schopnosti pracovat v pracovním poměru informována skupina 1 „profesionálové“ – 91 % (64 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ano“. Druhou nejlépe informovanou skupinou je skupina 2 „pomáhající profese“ – 71 % (50 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ano“. Nejméně odpověď „ano“ uvedla dle předpokladu skupina 3 „laická veřejnost“ – 61 % (85 ze 140) respondentů.



### **Položka č. 7:**

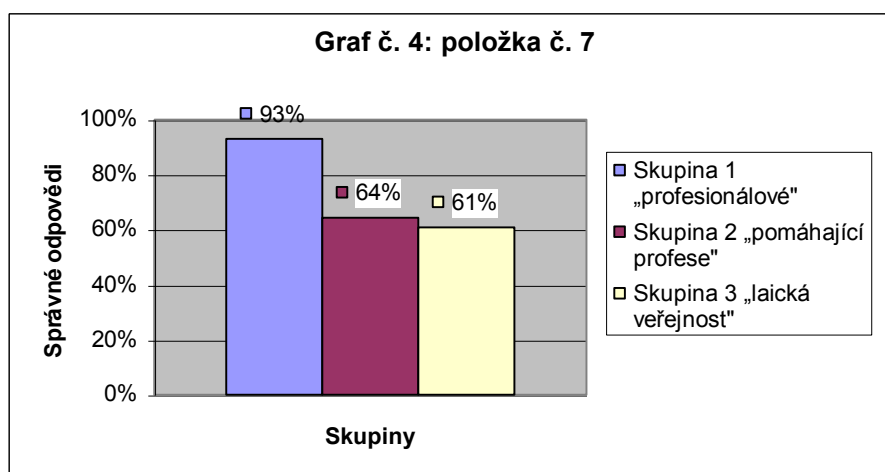
#### **Jsou lidé se schizofrenní poruchou schopni žít samostatně v bytě?**

Za správnou odpověď je v této položce považována odpověď „ano“, jedinci se schizofrenní poruchou jsou schopni samostatně žít v bytě.

**Tabulka č. 4: položka č. 7**

Skupiny		Odpovědi					
		Ano		Ne		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	65	93%	5	7%	0	0%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	45	64%	10	14%	15	21%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	85	61%	25	18%	30	21%

**Položkou č. 7 byl předpoklad č. 1 potvrzen.** Nejlépe je o možnosti zda může bydlet člověk se schizofrenní poruchou samostatně v bytě informována skupina 1 „profesionálové“ – 93 % (65 ze 70) respondentů. Druhou nejlépe informovanou skupinou je skupina 2 „pomáhající profese“ – 64 % (45 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ano“. Nejméně odpověď „ano“ uvedla dle předpokladu skupina 3 „laická veřejnost“ – 61 % (85 ze 140) respondentů.





### **Položka č. 8:**

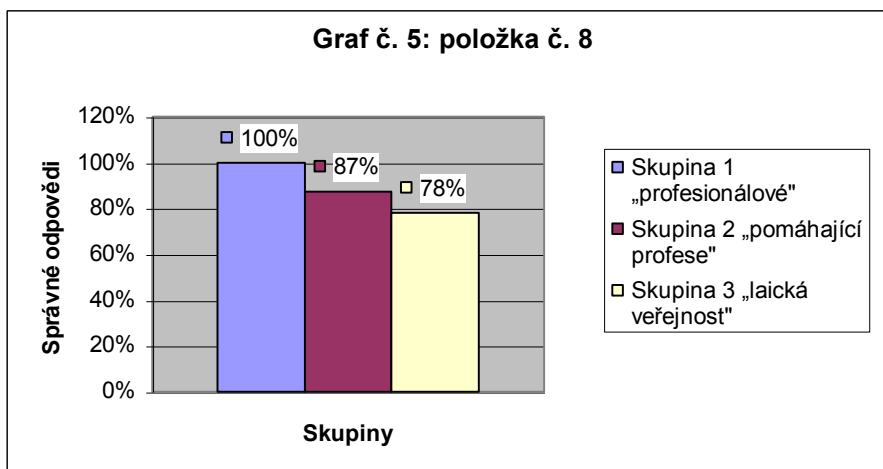
#### **Musí žít lidé se schizofrenní poruchou v ústavním zařízení?**

Za správnou odpověď je v této položce považována odpověď „ne“, jedinci se schizofrenní poruchou nemusí žít v ústavním zařízení.

**Tabulka č. 5: položka č. 7**

Skupiny		Odpovědi					
		Ne		Ano		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	70	100%	0	0%	0	0%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	61	87%	3	4%	6	9%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	109	78%	10	7%	21	15%

**Položkou č. 8 byl předpoklad č. 1 potvrzen.** Nejlépe je informována dle předpokladu skupina 1 „profesionálové“ – 100 % (70 z 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ne“, že lidé se schizofrenní poruchou nemusí žít v ústavním zařízení. Druhou nejlépe informovanou skupinou je skupina 2 „pomáhající profese“ – 87 % (61 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ne“. Nejméně odpověď „ne“ uvedla dle předpokladu skupina 3 „laická veřejnost“ – 78 % (109 ze 140) respondentů.



### **Položka č. 9:**

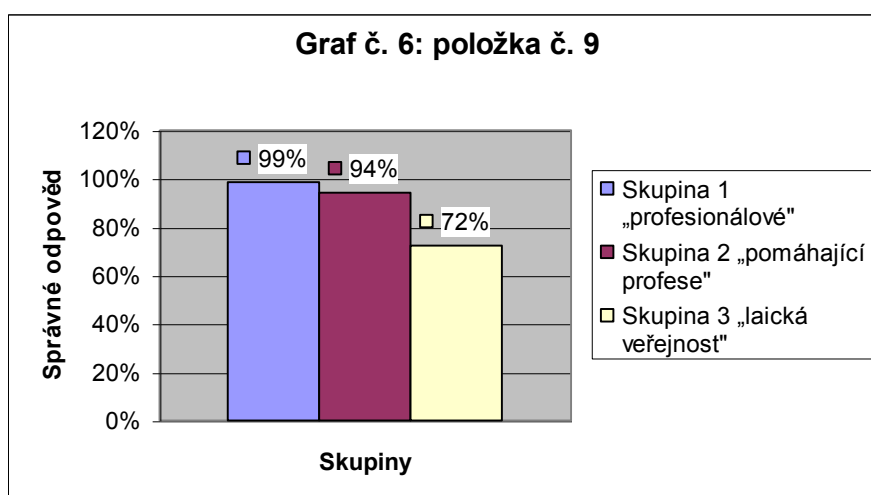
#### **Může mít člověk se schizofrenní poruchou děti?**

Za správnou odpověď v této položce je považována odpověď „ano“, člověk se schizofrenní poruchou může mít děti.

**Tabulka č. 6: položka č. 9**

Skupiny		Odpovědi					
		Ano		Ne		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	69	99%	0	0%	1	1%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	66	94%	0	0%	4	6%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	101	72%	13	9%	26	19%

**Položkou č. 9 byl předpoklad č. 1 potvrzen.** Nejlépe je o možnosti, zda mohou mít děti lidé se schizofrenní poruchou, informována skupina 1 „profesionálové“ – 99 % (69 z 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ano“. Druhou nejlépe informovanou skupinou je skupina 2 „pomáhající profese“ – 94 % (66 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ano“. Nejméně odpověď „ano“ uvedla dle předpokladu skupina 3 „laická veřejnost“ – 72 % (101 z 140) respondentů.



### **Položka č. 11:**

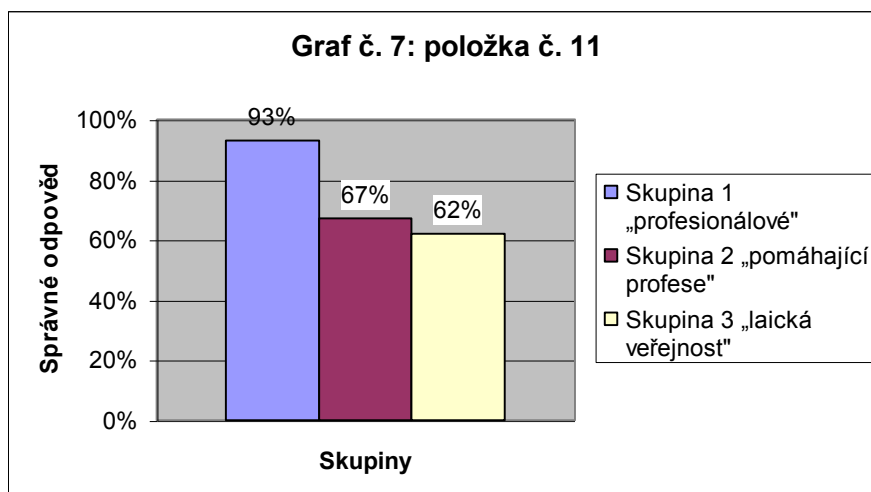
**Jsou lidé se schizofrenní poruchou vždy zbaveni nebo omezeni ve způsobilosti k právním úkonům („zbaveni svéprávnosti“)?**

Za správnou odpověď u této otázky je považována odpověď „ne“, lidé se schizofrenní poruchou nejsou vždy zbaveni nebo omezeni ve způsobilosti k právním úkonům.

**Tabulka č. 7: položka č. 11**

Skupiny		Odpovědi					
		NE		ANO		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	65	93%	2	3%	3	4%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	47	67%	2	3%	21	30%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	87	62%	12	9%	41	29%

**Položkou č. 11 byl předpoklad č. 1 potvrzen.** Nejlépe o tom, že nemusí být všichni jedinci se schizofrenní poruchou zbaveni či omezeni ve způsobilosti k právním úkonům je informována skupina 1 „profesionálové“ – 93 % (65 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ne“. Druhou nejlépe informovanou skupinou je skupina 2 „pomáhající profese“ – 67 % (47 ze 70) respondentů uvedlo správně odpověď „ne“. Nejméně odpověď „ne“ uvedla dle předpokladu skupina 3 „laická veřejnost“ – 62 % (87 ze 140) respondentů.



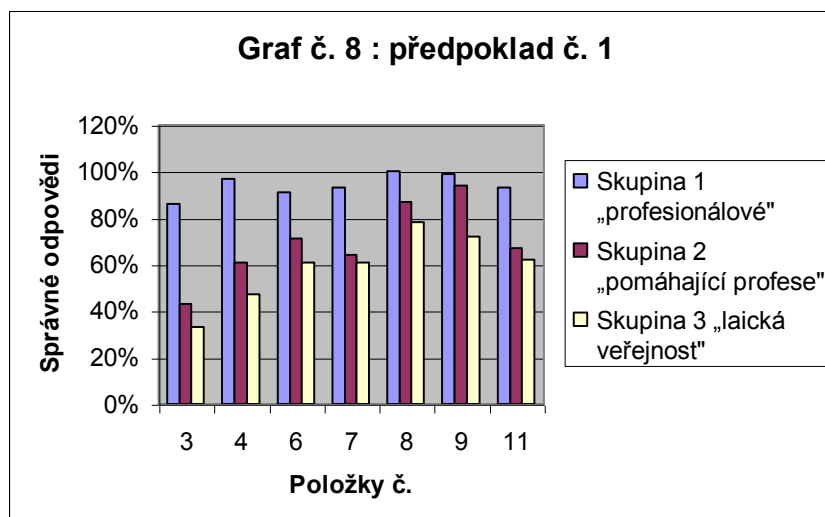
**Předpoklad č. 1 byl potvrzen, a to ve všech vybraných položkách.**

Při stanovování předpokladu bylo určeno, že předpoklad za potvrzený bude považován, pokud bude potvrzen v 6 ze 7 vybraných položek. Předpoklad byl potvrzen ve všech položkách.

**Tabulka č. 8: shrnující tabulka pro předpoklad č. 1**

Skupina	Položka						
	č. 3	č. 4	č. 6	č. 7	č. 8	č. 9	č. 11
<b>Skupina 1</b> „profesionálové“	86%	97%	91%	93%	100%	99%	93%
<b>Skupina 2</b> „pomáhající profese“	43%	61%	71%	64%	87%	94%	67%
<b>Skupina 3</b> „laická veřejnost“	33%	47%	61%	61%	78%	72%	62%

Při srovnání informovanosti skupiny 1 „profesionálové“ a skupiny 2 „pomáhající profese“ je na první pohled zřejmé, že rozdíl v informovanosti mezi skupinami je mnohem výraznější než rozdíl v informovanosti mezi skupinou 2 „pomáhající profese“ a skupinou 3 „laická veřejnost“. Předpoklad ve větší informovanosti skupiny 2 „pomáhající profese“ než skupiny 3 „laická veřejnost“ byl naplněn, avšak rozdíl v informovanosti je nepatrný, viz graf č. 8.



### 3.6.2 Vyhodnocení předpokladu č. 2

Skupina 1 „profesionálové“ bude méně projevovat stigmatizační postoje než skupina 2 „pomáhající profese“ a zároveň skupina 2 „pomáhající profese“ bude méně projevovat stigmatizační postoje než skupina 3 „laická veřejnost“.

Pro potvrzení tohoto předpokladu bylo vybráno k vyhodnocení 5 položek dotazníku (položka č. 5, 10, 12, 13 a 16). Právě tyto položky byly zvoleny, protože zkoumají stigmatizační postoje populace k jedincům se schizofrenní poruchou. Pro naplnění tohoto předpokladu bylo stanoveno, že musí být splněn ve 4 z 5 vybraných položek.

#### Položka č. 5:

**Myslíte si, že jsou lidé se schizofrenní poruchou líní?**

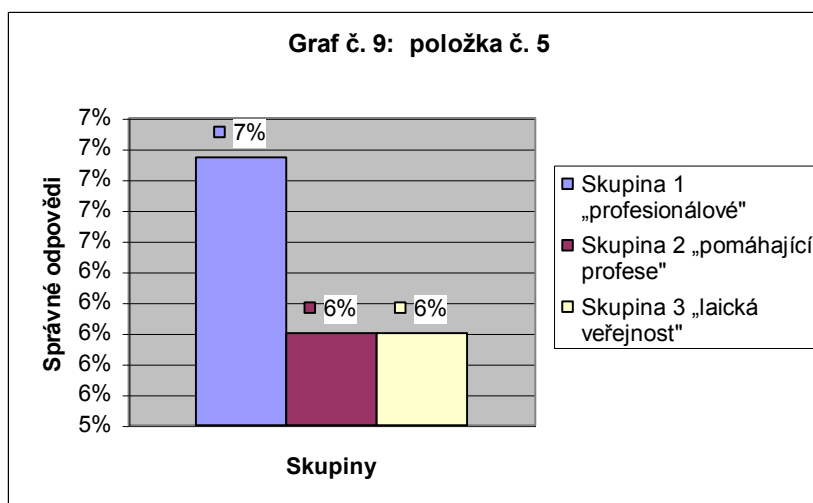
Pro vyhodnocení této položky byla za odpověď se stigmatizujícím postojem považována odpověď „ano“, lidé se schizofrenní poruchou jsou líní.

Tabulka č. 9: položka č. 5

Skupiny		Odpovědi					
		Ano		Ne		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	5	7%	57	81%	8	11%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	4	6%	51	73%	15	21%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	9	6%	100	71%	31	22%

**Předpoklad č. 2 v položce č. 5 nebyl potvrzen.** Nejčastěji uvedla odpověď „ano“, že lidé se schizofrenní poruchou jsou líní skupina 1 „profesionálové“ – 7 % (5 ze 70) respondentů. Ve skupině 2 „pomáhající profese“ a skupině 3 „laická veřejnost“ uvedlo shodně odpověď „ano“ 6 % respondentů. Ve skupině 2

„pomáhající profese“ odpověď „ano“ uvedli 4 respondenti ze 70. Ve skupině 3 „laická veřejnost“ odpověď „ano“ uvedlo 9 respondentů ze 140.



#### **Položka č. 10:**

#### **Je schopen člověk se schizofrenní poruchou vychovávat děti?**

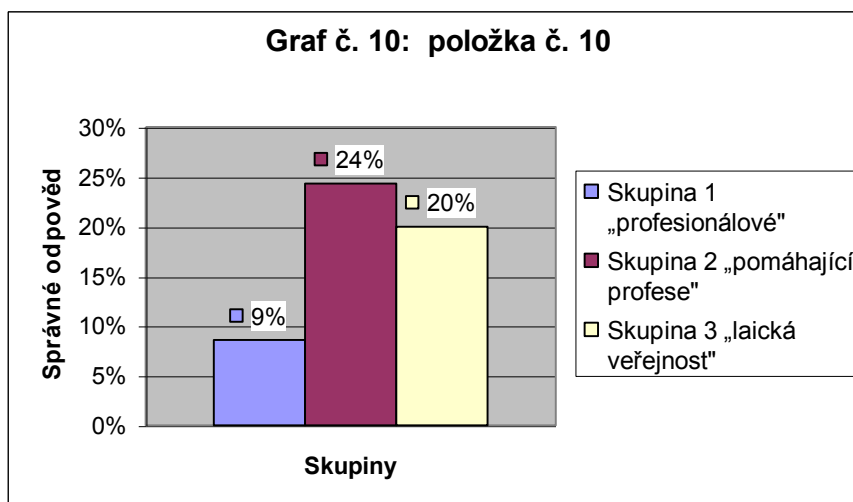
Za odpověď se stigmatizujícím postojem je v této položce považována odpověď „ne“, lidé se schizofrenní poruchou nejsou schopni vychovávat děti.

**Tabulka č. 10: položka č. 10**

Skupiny		Odpovědi					
		Ne		Ano		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	6	9%	58	83%	6	9%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	17	24%	33	47%	20	29%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	28	20%	66	47%	46	33%

**Předpoklad č. 2 v položce č. 10 nebyl potvrzen.** Nejméně stigmatizační postoj v počtu odpovědí „ne“ vyjádřila dle předpokladu skupina 1 „profesionálové“ – 9 % (6 ze 70) respondentů. Druhou skupinou s nejnižším

počtem odpovědí „ne“ nebyla dle předpokladu skupina 2 „pomáhající profese“, ale skupina 3 „laická veřejnost“ – 20 % (28 ze 140) respondentů. Skupina 2 „pomáhající profese“ vyjádřila stigmatizační postoj v nejvyšším měřítku – 24 % (17 ze 70) respondentů.



#### **Položka č. 12:**

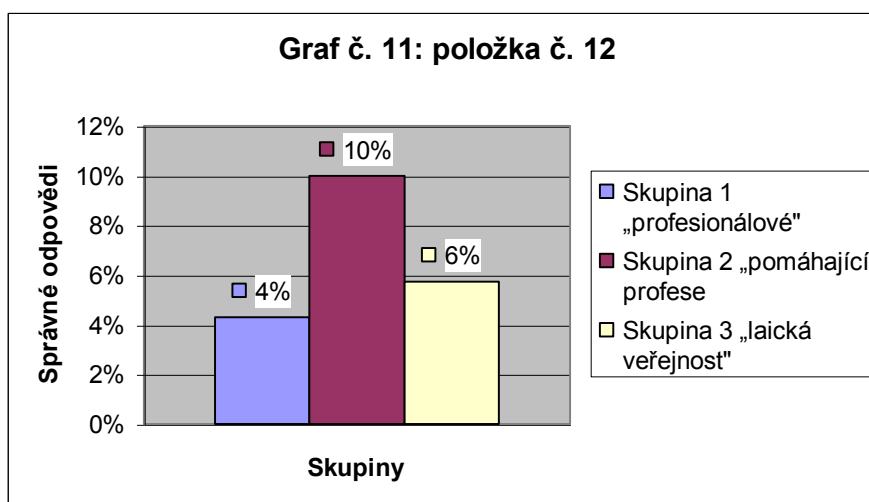
**Jsou lidé se schizofrenní poruchou nebezpeční?**

Za odpověď se stigmatizujícím postojem v této položce je považována odpověď „ano“, lidé se schizofrenní poruchou jsou nebezpeční.

**Tabulka č. 11: položka č. 12**

Skupiny		Odpovědi							
		Ano		Ne		Ne všichni		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	3	4%	4	6%	63	90%	0	0%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	7	10%	11	16%	48	69%	4	6%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	8	6%	7	5%	113	81%	12	9%

**Předpoklad č. 2 v položce č. 12 nebyl potvrzen.** Nejméně stigmatizační postoj v počtu odpovědí „ano“ vyjádřila dle předpokladu skupina 1 „profesionálové“ – 4 % (3 ze 70) respondentů. Druhou skupinou s nejnižším počtem odpovědí „ano“ nebyla dle předpokladu skupina 2 „pomáhající profese“, ale skupina 3 „laická veřejnost“ – 6 % (8 ze 140) respondentů. Skupina 2 „laická veřejnost“ vyjádřila stigmatizační postoj v nejvyšším měřítku – 10 % (7 ze 70) respondentů.



### **Položka č. 13:**

#### **Mají lidé se schizofrenní poruchou snížený intelekt?**

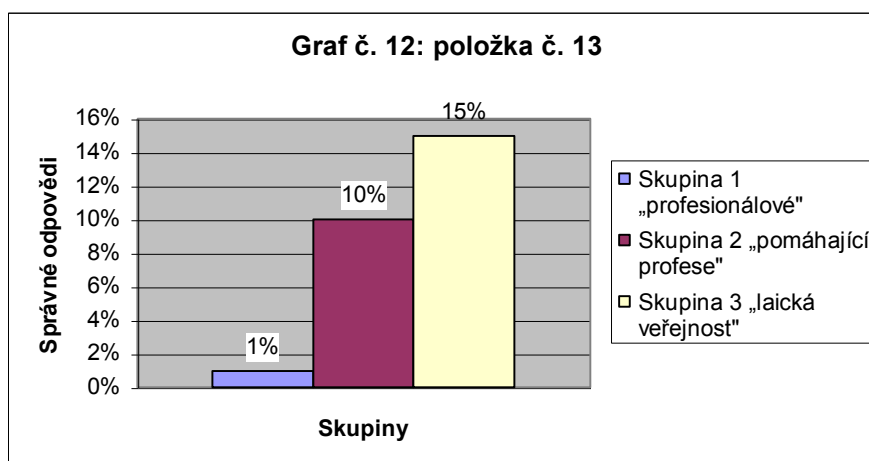
Za odpověď se stigmatizujícím postojem v této položce je považována odpověď „ano“, lidé se schizofrenní poruchou mají snížený intelekt.

**Tabulka č. 12: položka č. 13**

Skupiny		Odpovědi					
		Ano		Ne		Nevím	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	1	1%	69	99%	0	0%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	7	10%	52	74%	11	16%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	21	15%	89	64%	30	21%



**Předpoklad č. 2 v položce č. 13 byl potvrzen.** Nejméně stigmatizační postoj vyjádřila nejnižším počtem odpovědí „ano“ dle předpokladu skupina 1 „profesionálové“ – 1 % (1 z 70). Častěji odpověď „ano“ uvedla dle předpokladu skupina 2 „pomáhající profese“ – 10 % (7 z 70) respondentů. Nejčastěji odpověď „ano“ uvedla skupina 3 „laická veřejnost“ – 15 % (21 z 140) respondentů.



#### **Položka č. 16:**

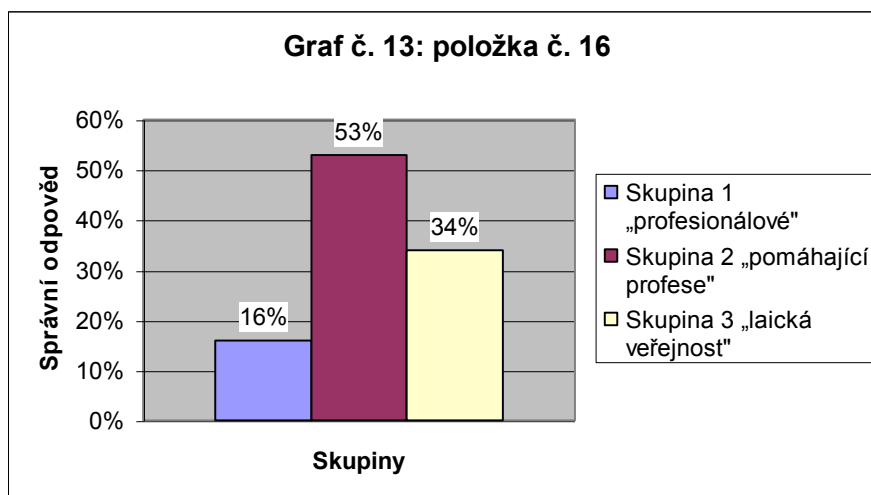
**Myslím si, že duševně nemocní jsou.....**

Jde o otevřenou otázku, kdy odpovědi byly vyhodnoceny ve dvou škálách vlastní konstrukce, na škále se stigmatizačním postojem a na škále bez stigmatizačního postoje. Do škály se stigmatizačním postojem byly zahrnuty odpovědi: nebezpeční, nepřizpůsobiví, nevyzpytatelní, divní, jiní a hanlivá označení /cvoci, blázni magoři/. Do škály bez stigmatizačního postoje byly zahrnuty odpovědi: lidé, potřebují pomoc, součást společnosti, jsou, stigmatizovaní. V jediné této položce se objevilo nezodpovězení položky a to v dosti velkém procentu.

Tabulka č. 13: položka č. 16

Skupiny		Odpovědi					
		Stigmatizující		Bez stigmatizačního postoje		Neodpověděli	
Popis	Počet respondentů	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Skupina 1 „profesionálové“	70	11	16%	36	51%	23	33%
Skupina 2 „pomáhající profese“	70	37	53%	20	29%	13	19%
Skupina 3 „laická veřejnost“	140	48	34%	28	20%	64	46%

**Předpoklad č. 2 v položce č. 16 nebyl potvrzen.** Nejméně dle předpokladu stigmatizační postoj vyjádřila skupina 1 „profesionálové“ – 16 % (11 z 70) respondentů. Druhou skupinou nejméně vyjadřující stigmatizační postoj nebyla dle předpokladu skupina 2 „pomáhající profese“, ale skupina 3 „laická veřejnost“ – 34 % (48 ze 140) respondentů. V největší míře v této položce vyjádřila stigmatizační postoj skupina 2 „pomáhající profese“ – 53 % (37 ze 70) respondentů.



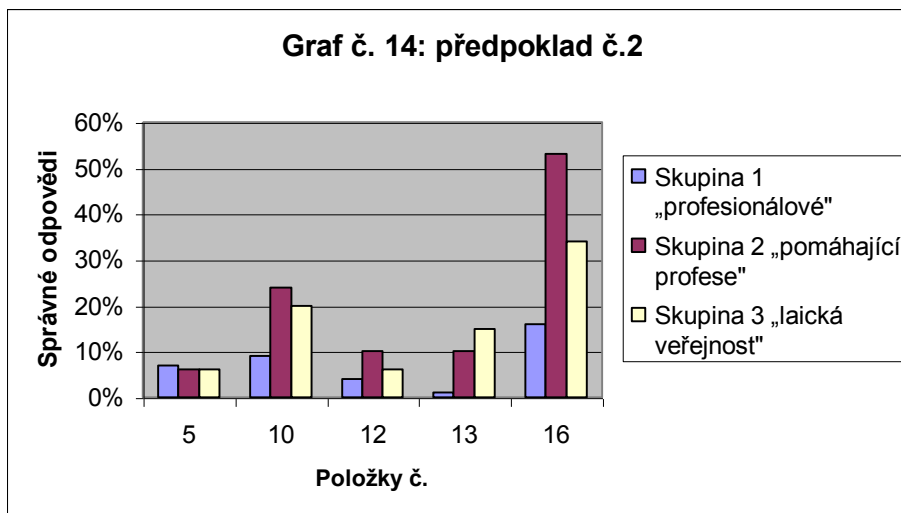
### **Předpoklad č 2 nebyl potvrzen.**

Pro potvrzení tohoto předpokladu bylo stanoveno, že musí být předpoklad potvrzen alespoň ve 4 z 5 vybraných položek. Potvrzen byl pouze v položce č. 13.

**Tabulka č. 14: shrnující tabulka pro předpoklad č. 2**

Skupina	Položka				
	č. 5	č. 10	č. 12	č. 13	č. 16
Skupina 1 „profesionálové“	7%	9%	4%	1%	16%
Skupina 2 „pomáhající profese“	6%	24%	10%	10%	53%
Skupina 3 „laická veřejnost“	6%	20%	6%	15%	34%

Velmi překvapivé a zajímavé při vyhodnocování předpokladu č. 2 bylo nepotvrzení předpokladu pro častější stigmatizační postoje skupiny 2 „pomáhající profese“ než skupiny 3 „laická veřejnost“. Jde o skupinu pracovníků v pomáhajících profesích, lékařů a sester v nemocnici, pracovníků úřadů práce, pracovníků sociálních odborů, těch, kteří většinou první a mnohem častěji než lidé specializující se na práci s lidmi s duševní poruchou přicházejí do styku s těmito lidmi, s lidmi s duševní poruchou. Jejich úsudek a zhodnocení situace je mnohdy základem pro další péči a zajištění lidí se schizofrenní poruchou a lidí s duševní poruchou vůbec.



### 3.7 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse

Při stanovování předpokladů pro empirické šetření bylo vycházeno ze zkušeností ze zaměstnání a studia odborných zdrojů. Bylo vycházeno z teorie, že čím více má daná populace teoretických znalostí, tím méně bude projevovat stigmatizační postoje. Při stanovování předpokladů bylo vycházeno z logického předpokladu o míře znalostí o jedincích se schizofrenní poruchou dle profesního vztahu k těmto jedincům. Bylo proto předpokládáno, že skupina 1 „profesionálové“, kteří přímo při výkonu svého povolání pečují o lidi s duševní poruchou včetně jedinců se schizofrenní poruchou, budou mít nejlepší znalosti o jedincích se schizofrenní poruchou, a tím budou projevovat i méně stigmatizační postoje. Tento předpoklad se v empirickém šetření potvrdil v případě vyhodnocení skupiny 1 „profesionálové“ vůči ostatním dvěma skupinám. Skupina 1 „profesionálové“ byla dle výsledků empirického šetření velmi dobře informována o schizofrenní poruše a životě jedinců se schizofrenní poruchou. Při vyhodnocování předpokladu č. 2, že skupina 1 „profesionálové“ bude nejméně projevovat stigmatizační postoje se předpoklad naplnil ve všech vyhodnocovaných položkách, vyjma položky č. 5, zda jsou jedinci se schizofrenní poruchou líní. Zvýšený projev stigmatizačního postoje v této položce může být způsoben zkušeností při péči o jedince se schizofrenní poruchou, kdy jejich pomalost a neaktivita je často samotným projevem nemoci – tzv. negativní symptom (abulie atd.), nebo může být způsobena vedlejším účinkem užívání léků. Při vyhodnocení skupiny 1 „profesionálové“ a souvislosti míry znalostí a míry stigmatizačních postojů lze potvrdit, že čím lepší informovanost, tím méně jsou vyjadřovány stigmatizační postoje.

Předpoklad, že čím větší informovanost, tím méně jsou vyjadřovány stigmatizační postoje, se v empirickém šetření nepotvrdil při srovnání skupiny 2 „pomáhající profese“ a skupiny 3 „laická populace“. Skupina 2 „pomáhající profese“ dle empirického šetření prokázala lepší informovanost o jedincích se schizofrenní poruchou. Rozdíl v porovnání s laickou populací nebyl výrazný, ale nikdy se nestalo, že by laická veřejnost byla lépe informována. Lidé v pomáhajících profesích by ale jistě měli být lépe informováni než běžná laická

populace, protože lidé v pomáhajících profesích jsou také zodpovědní za péči o jedince se schizofrenní poruchou a jsou to právě oni, kdo zajišťují péči o tyto jedince mnohem častěji, než lidé v pomáhajících profesích „profesionálové“, specializovaní na práci s jedinci se schizofrenní poruchou a lidé s touto poruchou jsou na jejich péči závislí. Je zřejmé, že kompetence jejich činnosti není zcela naplněna. Je možné předpokládat, že informační propad této skupiny není způsoben nízkou odbornou erudicí, ale je i zřejmé, že je třeba je vybavit lepšími znalostmi, dovednostmi a kompetencemi pro práci s jedinci se schizofrenním onemocněním, např. v rámci celoživotního vzdělávání lidí těchto profesí.

Bohužel v neprospěch skupiny 2 „pomáhající profese“ hovoří i výsledky vyhodnocení předpokladu č. 2, míry projevů stigmatizačních postojů. Bylo zjištěno, že skupina 2 „pomáhající profese“ ve většině položek vyhodnocovaných v rámci předpokladu č. 2 projevila větší míru stigmatizačních postojů než laická veřejnost. Nejvýrazněji projevila skupina 2 „pomáhající profese“ stigmatizační postoje v otevřené položce č. 16. Tato skupina nejčastěji ve srovnání s ostatními skupinami použila výraz nebezpeční (12 ze 70 respondentů) a divní (13 ze 70 respondentů). Z empirického šetření je tedy zřejmé, že míru stigmatizačních postojů zřejmě neovlivňuje pouze informovanost. Na základě výše uvedených výsledků empirického šetření je zřejmé, že existují i jiné faktory. Vzhledem k uváděné skupině a logickému předpokladu, že lidé v pomáhajících profesích přichází do styku s jedinci se schizofrenní poruchou více než laická populace je možné, že jejich stigmatizační postoje ovlivňuje osobní zkušenost. Lidé s jakoukoliv poruchou vyhledávají pomoc lidí v pomáhajících profesích, vyhledávají je, pokud se objeví nějaký problém, např. zhoršení zdravotního stavu, ztráta finančního příjmu, ztráta bydlení, ztráta práce apod. Je to doba zvýšení úzkosti, obav, doba destabilizace psychické rovnováhy, což je u jedinců se schizofrenní poruchou problém, který může vést až k agresivnímu nastavení. Lze předpokládat, že lidé v pomáhajících profesích se častěji setkávají s jedinci se schizofrenní poruchou v době dekompenzace onemocnění a tudíž se setkávají častěji s jejich neadekvátním chováním než běžná laická populace. Nicméně kompetentní reagování může působit proti dekompenzačním mechanismům klientů. Proto důvodem zvýšené míry vyjádření stigmatizačních postojů

především v souvislosti s nebezpečností, může být osobní zkušenost. Osobní zkušenost může být dále ovlivněna náročností komunikace s jedinci se schizofrenní poruchou, náročností časovou, náročností komunikace po obsahové stránce, neochotou jedinců se schizofrenní poruchou vůbec komunikovat, náročností motivovat je k činnosti atd. To vše by mohlo být příčinou větší míry stigmatizačních postojů skupiny 2 „pomáhající profese“ než u laické veřejnosti. Dalším faktorem ovlivňujícím stigmatizační postoje je prezentace jedinců se schizofrenní poruchou v médiích, ale to zřejmě ovlivňuje populaci celkově bez ohledu na profesní vztah k těmto jedincům.

Přibližně shodná míra informovanosti a větší míra stigmatizačních projevů u skupiny 2 „pomáhající profese“ než u skupiny 3 „laická veřejnost“ je v praxi problémem. Potvrdila se tím zkušenost z praxe uváděná v úvodu a důvod, proč bylo zvoleno toto téma práce.

Je důležité zlepšit informovanost této skupiny populace, protože jsou často první, kdo zajišťují pomoc jedincům se schizofrenní poruchou, dříve než se k nim dostanou lidé z pomáhajících profesí specializujících se na jedince se schizofrenní poruchou, a jsou to opět oni, na jejichž pomoci a péči záleží udržení jedinců se schizofrenní poruchou v přirozeném prostředí a s tím nepřímo souvisí i průběh onemocnění. Protože je možné předpokládat, že pokud se zkvalitní informovanost této skupiny o problematice jedinců se schizofrenní poruchou, a to informovanost nejen odborná o poruše samotné, ale i informovanost o způsobech komunikace, seznámení se s úskalími života jedinců se schizofrenní poruchou, s kazuistikami, příklady dobré a špatné praxe atd., zkvalitní se i kompetence těchto lidí, budou lépe schopni pomáhat a podporovat jedince se schizofrenní poruchou v samostatnosti a udržení se v přirozeném prostředí, sníží se tím i tendence k stigmatizačním postojům. Je důležité, aby pracovníci v pomáhajících profesích byli obeznámeni se způsobem zvládání situace, se způsobem komunikace v situacích, kdy jedinec se schizofrenní poruchou je pod zvýšeným intrapsychickým nebo sociálním tlakem, aby se jeho nálada odklonila od dekompenzace a projevů chování s tím spojených.

Dalším důležitým a zajímavým výsledkem empirického šetření byla diskrepance při vyjadřování nebezpečnosti v uzavřených a otevřených otázkách.

Položka č. 12 se přímo tázala, zda jedinci se schizofrenní poruchou jsou nebezpeční. Že jedinci se schizofrenní poruchou jsou nebezpeční uvedlo 6,4 % respondentů (18 z 280). V otevřené položce jako základní příznak nemoci uvedlo agrese 17,1 % respondentů (48 z 280). V otevřené položce č. 16, „Duševně nemocní jsou...“ uvedlo nebezpeční 8,2 % respondentů (23 z 280). Z těchto výsledků je zřejmé, že výsledky empirického šetření jsou značně ovlivněny tím, co je společensky žádáno. V přímé otázce na nebezpečnost odpovídají respondenti v nižším procentu, že jedinci se schizofrenní poruchou jsou nebezpeční, než v otevřených otázkách, které byly do dotazníku vloženy právě pro možnost ovlivnění odpovědí společenským očekáváním na projevení stigmatizačního (společensky nežádoucího) postoje. Z tohoto výsledku šetření je alarmující patrný strach z nebezpečnosti z jedinců se schizofrenní poruchou. Tento fakt ještě zvýrazňuje, že agrese je uváděna jako příznak nemoci, a to 3. nejčastější příznak schizofrenní poruchy hned po halucinacích a bludech. Bohužel v největší míře se vyskytuje vyjádření o agresi a nebezpečnosti v rámci srovnání skupin dle profesního vztahu ve všech třech položkách ve skupině 2 „pomáhající profese“. Důvodem mohou být opět osobní zkušenosti z profesního života, osobnosti lidí pracujících v těchto profesích a náročnost při jednání s lidmi se schizofrenní poruchou.

## 4 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat problematiku stigmatizace jedinců se schizofrenní poruchou a provést empirické šetření zaměřené na problematiku stigmatizace jedinců se schizofrenní poruchou.

Lidé se schizofrenní poruchou tvoří poměrně malou část populace, odborné zdroje uvádí přibližně 1 % populace.<sup>52</sup> Péče o klienty se schizofrenní poruchou je náročná a poměrně i finančně nákladná. Je důležité proto najít příčiny neefektivnosti péče a hledat způsoby jejího zlepšení, především při začleňování lidí se schizofrenní poruchou zpět do společnosti po dlouhodobých hospitalizacích. Začleňování lidí se schizofrenní poruchou zpět do domácího přirozeného prostředí je vnímáno mnou i mými kolegy jako velmi problematické a mnohdy neřešitelné. Problémem při začleňování těchto lidí zpět do společnosti je neexistence nebo nedostatečná existence vhodných komunitních služeb a odborníků specializovaných, majících kompetence pro práci s jedinci se schizofrenní poruchou. Druhým problémem je mnohdy neochota společnosti, jak laické populace, tak i často lidí v pomáhajících profesích, jedince se schizofrenní poruchou přijmout zpět. Tato práce se proto snažila zaměřit na oblasti diskriminačních postojů společnosti k jedincům se schizofrenní poruchou, snažila se zjistit, co vzbuzuje v populaci největší obavu, z čeho mají lidé největší strach při kontaktu s lidmi se schizofrenní poruchou. Cílem práce byla i snaha zmapovat informovanost populace o jedincích se schizofrenní poruchou.

V teoretické části bakalářské práce na základě studia literatury, odborných periodik a s využitím internetových zdrojů byla popsána problematika schizofrenní poruchy, stigmatizace a destigmatizační aktivity. V teoretické části bylo popsáno diagnostické vymezení schizofrenní poruchy, etiologie, příznaky, průběh a formy schizofrenní poruchy. Zvláštní kapitoly věnovány formám léčby, farmakologické a psychosociální, rizikům a stigmatu poruchy, důsledkům schizofrenního onemocnění, právním, důsledkům pro rodinu apod. V druhé

---

<sup>52</sup> PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 65.



polovině teoretické části bakalářské práce je věnována pozornost vymezení pojmu stigma, jeho definování v souvislosti se schizofrenní poruchou. Pozornost v teoretické části je věnována mýtům a předsudkům spojeným již dlouhá léta se schizofrenní poruchou. Z vymezení pojmu a především důvodů stigmatizace v souvislosti s jedinci se schizofrenní poruchou a mýtům spojených se schizofrenní poruchou bylo vycházeno ve stanovování předpokladů v empirické části bakalářské práce.

Empirickým šetřením bylo zjištěno, že určitá skupina odborníků v pomáhajících profesích je srovnatelně informována o jedincích se schizofrenní poruchou jako skupina laické veřejnosti, a to přesto, že jejich profesní vzdělání jim dává základ a předpoklad pro lepší znalosti o lidech se schizofrenní poruchou. Jde o skupinu lékařů v nemocnici, zdravotních sester v nemocnici, sociálních pracovníků sociálních odborů městských úřadů, pracovníků úřadů práce apod. V péči o klienty se schizofrenní poruchou jsou to ovšem oni, kdo často první přicházejí do styku s těmito lidmi a kdo je po stabilizaci zdravotního stavu a propuštění z psychiatrických léčeben provázejí a pomáhají jim vyrovnat se s těžkostmi každodenního života komplikovaného překážkami spojenými se schizofrenní poruchou. Lidé se schizofrenní poruchou jsou často odkázáni na pomoc této profesní skupiny a míra jejich odborné pomoci může ovlivnit jejich integraci zpět do společnosti, zvládnutí života v přirozeném prostředí mimo ústavní zařízení a tím i ovlivnit příznivě průběh jejich onemocnění, zmírnit jeho negativní důsledky.

V empirickém šetření byly stanoveny dva předpoklady. První předpoklad souvisel s informovaností populace o jedincích se schizofrenní poruchou. Tento předpoklad se naplnil, ale jak výše uvedeno, nebyl procentuálně podstatný rozdíl ve skupině pomáhajících pracovníků a laiků. Přesto informovanost populace o schizofrenní poruše, vzhledem k 1 % výskytu této poruchy v populaci, je poměrně vysoká. Druhý předpoklad se zabýval stigmatizačními postoji populace k jedincům se schizofrenní poruchou. Tento předpoklad nebyl naplněn. Skupina populace v pomáhajících profesích nejvýrazněji vyjadřovala negativní postoje k jedincům se schizofrenní poruchou. Z analýzy empirického šetření je zřejmé, že nejvíce má tato skupina strach z nebezpečnosti a agrese lidí se schizofrenní

poruchou. Proto je důležité v navrhovaných opatřeních se zaměřit na odstranění strachu a obav z lidí se schizofrenní poruchou. Zlepšit vzhled této skupiny do chování a jednání lidí se schizofrenní poruchou i v zátěži, informovat o způsobech komunikace s lidmi se schizofrenní poruchou, vybavit je informacemi z oblasti této problematiky, a tím odstranit nebo alespoň zmenšit strach z jednání s těmito lidmi. Je třeba nejen vybavit tuto skupinu teoretickými znalostmi, ale ukázat jim i pozitivní zkušenosti z práce s lidmi se schizofrenní poruchou, dát jim možnost pracovat a seznámit se s těmito lidmi v období remise poruchy. Zmírněním strachu a nejistoty by jistě došlo k zkvalitnění péče o jedince se schizofrenní poruchou, posílení profesního sebevědomí a následně i posílení profesních kompetencí. Změnou postoje této profesní skupiny by následně došlo k snížení diskriminace jedinců se schizofrenní poruchou a především zkvalitnění pomoci a zkvalitnění péči a podpory těchto jedinců. Zkvalitnění péče a podpory by mělo i praktické pozitivní důsledky v integraci a udržení lidí se schizofrenní poruchou v běžné společnosti, v přirozeném domácím prostředí.

Na základě výsledků empirického šetření byla navržena opatření, která jsou podrobněji rozebrána v následující 5. kapitole „Návrh opatření“.

Na základě informací zjištěných empirickým šetřením o negativních postojích respondentů by bylo zajímavé dále analyzovat získaná data a zkoumat, zda vlastní zkušenost ovlivnila stigmatizační postoje populace, především skupinu populace v pomáhajících profesích. Zajímavé by bylo i zkoumat, co je hlavním zdrojem informací o jedincích se schizofrenní poruchou a případná opatření na změnu postoje směřovat do této oblasti. Zajímavé a pro praxi důležité by bylo jistě i empirické šetření zaměřené na zájem o informovanost, jaké informace by lidé uvítali, jaký způsob informování se jim jeví jako nejvhodnější, nejzajímavější, nejakceptovatelnější atd. Nabízení těchto otázek je možné považovat za další výsledek empirického šetření, který otevírá aplikační modely zlepšení informovanosti veřejnosti o jedincích se schizofrenní poruchou.

I přes nenaplnění jednoho z předpokladů, lze se domnívat, že byl naplněn cíl bakalářské práce. Za hlavní výsledek empirického šetření lze považovat obnažení problematiky nedostatečné informovanosti a častějších stigmatizačních postojů u skupiny 2 „pomáhající profese“, u lidí na jejichž péči jsou často závislí jedinci

se schizofrenní poruchou v době zdravotního či sociálního problému, v době tísně. Nedostatečný vhled této skupiny je možné považovat a hodnotit jako potřebu skupiny 2 „pomáhající profese“ na specifickou informovanost, jak pracovat s jedinci se schizofrenní poruchou v zátěži, v době intrapsychické nepohody.

## 5 NÁVRH OPATŘENÍ

Během psaní bakalářské práce často s klienty hovořeno na téma pocitu diskriminace a stigmatizace. Za všechny, se svolením klienta, vyprávění 35 letého muže se schizofrenní poruchou:

*„...třeba když jsem si šel vyzvednout důchod na poštu, paní za přepážkou řekla: Cože takový mladý a má důchod, jo? A na co ho asi máte, vypadáte zdravý? Cítil jsem to jako ponížení, a že to dělala schválně, aby to všichni slyšeli...*

*Nejvíce nerad jsem chodil na úřad práce. Ptala se mě na věci, které už jsem jí říkal, měla je v počítači, jako když mě zkouší, jestli si ještě pamatuju, např. kdy jsem se narodil a kde bydlím... Když jsem se jí na něco zeptal, poslala mě na nástěnku na chodbu, jako by mi nemohla odpovědět, co by jí to udělalo... Když jsem se ptal na práci, nesnažila se najít řešení, nesnažila se hledat mi práci mezi normálníma lidma, chtěl jsem to alespoň zkusit, ona mi ale pořád říkala, že pro mě práci v chráněné dílně nemá a že je pro mě lepší podpora. Jak ona ví co je pro mě lepší? Ona mě vůbec neposlouchala co jsem jí říkal, tak jsem tam přestal chodit...”*

Ponechme stranou pochopení v situaci pro obě strany, ale z tohoto vyprávění je zřejmé, že je třeba stále více a opakovaně vzdělávat a pečovat o lidi v pomáhajících profesích, zlepšovat jejich kompetence, zlepšovat jejich komunikační dovednosti a věnovat velkou pozornost péči o jejich psychickou pohodu a předcházet syndromu vyhoření. Čím budou lidé v pomáhajících profesích kvalifikovanější a kompetentnější, úměrně tomu selepší i péče o klienty s jakoukoliv poruchou. Je to cesta jak i předcházet diskriminacím a stigmatizacím.

Tato bakalářská práce se specializovala na stigmatizaci a diskriminaci jedinců se schizofrenní poruchou. Na základě zkušeností z praxe a výsledků empirického šetření je zřejmé, že je třeba populaci, především populaci v pomáhajících profesích vzdělávat a zbavit strachu z jedinců se schizofrenní poruchou.

V současné době existují destigmatizační aktivity většího rozsahu, které jsou popisovány v teoretické části práce. Myslím, že pro spoustu lidí jsou však těžko uchopitelné, nesrozumitelné, těžko použitelné v praxi. Jistě by bylo vhodné udělat empirické šetření zaměřené na populaci preferovaný druh informování. Dle studia výzkumů již provedených se osvědčilo vzdělávání prostřednictvím lidských příběhů, na kterých si každý uvědomí vhodné a nevhodné chování. Účinné a působivé je přímé vyprávění lidí s postižením, o jejich těžkostech života spojených s jejich poruchou. Je věrohodnější slyšet od nich co jim nejvíce vadí, co je nejvíce mrzí z chování okolí, co jim nejvíce pomáhá, co od nás „normálních“ potřebují atd.

Proto i já bych ráda na základě studia mnoha zdrojů o destigmatizačních aktivitách, na základě tohoto empirického šetření, na základě vyprávění klientů a sdělení lidí, kteří se jako respondenti zúčastnili tohoto šetření, vytvořila praktický jednoduchý manuál, který budu používat v praxi, který bych mohla v případě zájmu předávat lidem v pomáhajících profesích, s kterými budu spolupracovat při zajištění péče o klienty v naší léčebně, případně nabídnu k využití kolegyním. Dle tohoto manuálu v případě pozitivní zpětné vazby by mohly být vytvořeny manuály pro další duševní poruchy, u kterých je vnímán pocit diskriminace a problémů při zajištění péče.

Manuál by měl obsahovat základní informace o schizofrenní poruše: příznacích, prognóze, možnostech léčby. Druhou oblastí by byla oblast praktických informací: nutnosti psychoedukace klienta i rodiny, možnosti předcházení relapsům, potřeby podpory v oblasti bydlení, potřeby podpory v oblasti zajištění a udržení práce, důležitosti volnočasových aktivit apod. Poslední oblastí by byly informace související s komunikací, základní zásady vhodné komunikace s jedinci se schizofrenní poruchou: mluvit v jednoduchých, srozumitelných a konkrétních větech, vyvarovat se netrpělivosti, nepřesvědčovat klienty o své pravdě, nevyvracet bludné představy, ale ani s nimi nesouhlasit (lze říci, že máte jiný názor na danou věc...), nebát se agrese ze strany klientů, je pravdou, že mohou být často nepříjemní, pomalí a nerozhodní, ale je to většinou způsobeno jejich úzkostí, napětím, halucinacemi atd., informovat, že některé nezvyklé projevy v chování mohou být způsobeny i užíváním medikace. Všechny

tyto oblasti by měly být podkresleny příběhy klientů a jejich vlastním návrhem, jak by např. měla vypadat správná komunikace a co je odradí od návštěvy instituce již na počátku. V manuálu by se měli objevit specifické informace jak hodnotit chování prožívání jedinců se schizofrenní poruchou v zátěži. Dále by bylo důležité uvést jasné signály nástupu skutečné agrese u těchto jedinců. Důležité by bylo i sdělení samotných klientů co by chtěli o své nemoci sami říci, co si myslí, že je jistě důležité, aby okolí vědělo.

V případě osvědčení této metodiky si umím představit i vytvoření videoprojekce s podobným obsahem. Člověk si spoustu věcí uvědomí, když ve shodné situaci vidí jiné. Základ videoprojekce by opět bylo informování populace prostřednictvím příběhů a sdělení klientů. Překážkou by zde mohla být neochota klientů v takovéto projekci vystoupit, což chápu. Myslím, že i tento problém by šel případně vyřešit přehráním scénky dle vyprávění klientů bez jejich přímé účasti.

Cesta k vytvoření této metodiky je ještě dlouhá. Důležitou podmínkou pro vznik navrhovaných opatření by bylo finanční zajištění. Možným reálným zdrojem finančních prostředků by bylo vytvoření vlastního projektu, případně připojení se k projektu jiné organizace zaměřené na péči o lidi se schizofrenní poruchou, např. k Fokusu v Mladé Boleslavi, který vytváří úspěšné projekty zaměřené na péči a destigmatizaci lidí s duševními poruchami. Je třeba shromáždit ještě spoustu informací, ale myslím, že není návrh opatření nereálný a bude zrealizován, protože účelem provedeného empirického šetření nebylo pouze splnění povinnosti sepsání této bakalářské práce, ale jeho základ byl právě v požadavku z praxe vytvořit metodickou pomůcku pro zlepšení kontaktu s ostatními pracovníky z jiných institucí, kteří spolu s námi pečují o naše klienty a mnohdy sami často říkají, že by rádi pomohli, ale nevědí jak a bojí se.

Účelem metodiky by mělo pomoci populaci nejen v pomáhajících profesích najít lepší cestu k našim klientům, pomoci lidem, kteří je neznají, být jim lépe a více nápomocni při vyrovnání se svou duševní poruchou a pomoci jim při zpětném začlenění do společnosti. Každý člověk, kterého potkáme nás může obohatit, každý je nejprve člověk, možná s nějakou menší či větší poruchou, která

je méně či více vidět, ale je člověk jako každý a kde je řečeno, že jednou nebudu  
potřebovat jeho pomoc já.

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ANDREASEN, N. C., MOUSSAOUI, D., NAKANE, Y. Klinické projevy. In ANDREASEN, N. C., MOUSSAOUI, D., NAKANE, Y. *Schizofrenie Edukační program WPA*. 1. vyd. Praha: Academica Medica Pragensis-Amepra, 2003. Modul 1.s. 9 – 44. ISBN 86694-03-8.
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Koncepční a metodická práce*. [online]. [cit.2011-01-05]. Dostupné na Internetu: <[http://www.cmhcd.cz/koncepcni\\_prace.html](http://www.cmhcd.cz/koncepcni_prace.html)>.
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Pilotní projekty – vytváření modelů péče*. [online]. [cit.2011-01-05]. Dostupné na Internetu: <[http://www.cmhcd.cz/pilotni\\_projekty.html](http://www.cmhcd.cz/pilotni_projekty.html)>.
- ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN: 80-7169-086-4.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367—6.
- FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.
- GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. 1. vyd. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-21-0.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HINTERHUBER, H. Stigma schizofrenie: Snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 5, s. 216 – 220. ISSN 1213-0508.
- HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academica Medica Pragensis – Amepra, 2003. ISBN 80-86694-01-1.
- KASPER, S. Léčba. In ANDREASEN, N. C., MOUSSAOUI, D., NAKANE, Y. *Schizofrenie Edukační program WPA*. 1. vyd. Praha:



Academica Medica Pragensis- Amepra, 2003. Modul 3. s. 89 – 109. ISBN 86694-03-8.

- KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portal, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
- KOHOUTEK, R. a kol. *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1998. ISBN 80-7204-064-2.
- LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2004. Kapitola 11. s 351 – 412. ISBN 80-900130-7-4.
- LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, roč. 2, č. 1, s. 38 – 40. ISSN 1213-0508.
- MARŠÁLEK, M. Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 6, ISSN 1213-0508.
- MOTLOVÁ, L. Psychoedukace u schizofrenie: Proč jsou rodinné intervence účinné. *Psychoedukace aneb jak vnést světlo do tmy*. 2005. roč. 2, č. 3, ISSN 1801-0466.
- PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
- PRAŠKO, J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie*. 2001, roč. 5, č. 1, s. 32 – 37. ISSN 1211-7579.
- PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. Kapitola 8. s. 133 – 161. ISBN 80-7367-002-X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTOVÁ, V. Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním a komunitní péče. In MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 11.4. s. 126 – 135. ISBN 978-80-247-2138-5.

- VENGLÁŘOVÁ, M. Vztah a komunikace s klientem. In MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 10. s. 97 – 100. ISBN 978-80-247-2138-5.
- WENIGOVÁ, B. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)*. [online]. [cit.2011-01-04]. Dostupné na Internetu: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>>.

## **7 SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1: Pilotní dotazník
- Příloha č. 2: Dotazník

## **Příloha č. 1:**

### **DOTAZNÍK O STIGMATIZACI LIDÍ SE SCHIZOFRENNÍ PORUCHOU**

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož účelem je zjišťovat zkušenost a názor společnosti na osoby, které trpí schizofrenní poruchou. Dotazník je empirickou částí bakalářské práce. Pracuji jako sociální pracovníce s lidmi se schizofrenní poruchou, proto mě zajímá názor běžné populace na lidi s touto poruchou.

**Vyplnění tohoto dotazníku je anonymní. Pouze prosím o vyplnění následujících údajů:**

Dne.....

Pohlaví .....

Nejvyšší dosažené vzdělání.....

Věk .....

Prosím, přečtete si pozorně každou otázku a zaškrtněte vždy jednu z nabízených odpovědí, která nejvíce vyhovuje Vašemu názoru nebo zkušenosti. Případně u některých otázek dopište doplňující informace.

1. Máte osobní zkušenost s člověkem se schizofrenní poruchou?

ano osobně ☐                      ne ☐                      ne osobně, ale z doslechu ☐

2. Pokud ano, je Vaše zkušenost pozitivní?

ano ☐    ne ☐

3. Uveďte alespoň tři typické projevy schizofrenní poruchy:

.....  
.....  
.....

4. Jde schizofrenní porucha úplně vyléčit?

ano ☐                      ne ☐                      nevím ☐                      částečně ☐

5. Je možné mít tuto poruchu pod kontrolou?

ano ☐ ne ☐ nevím ☐

6. Myslíte si, že jsou lidé s touto poruchou líní?

ano ☐ ne ☐ nevím zda jsou líní nebo je to poruchou ☐

6. Mohou lidé se schizofrenní poruchou pracovat?

ano ☐ ne ☐ pouze v chráněné dílně ☐ nevím ☐

7. Musí žít lidé se schizofrenní poruchou v ústavu?

ano ☐ ne ☐ záleží to na jejich zdravotním stavu ☐ nevím ☐

8. Jsou lidé se schizofrenní poruchou nebezpeční?

ano ☐ ne ☐ ne všichni ☐ nevím ☐

9. Mají lidé se schizofrenní poruchou snížený intelekt?

ano ☐ ne ☐ nevím ☐ výše intelektu nesouvisí s touto poruchou ☐

10. Myslíte si, že jste dostatečně a správně informováni o schizofrenní poruše?

ano ☐ ne ☐

11. Měli by jste zájem o informace o schizofrenní poruše?

nezajímají mě tyto informace ☐ chtěl/a bych více informací ☐

12. Myslím si, že duševně nemocní jsou

.....  
.....  
.....  
.....

Děkuji Vám za Váš čas a úsilí, které jste  
věnovali vyplnění dotazníku.

## **Příloha č. 2:**

### **Vážení respondenti,**

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož účelem je zjišťovat zkušenost a názor společnosti na osoby, které trpí schizofrenní poruchou. Dotazník je empirickou částí bakalářské práce. Vyplnění tohoto dotazníku je anonymní a uvedená data budou použita pouze ke zpracování bakalářské práce, děkuji.

Prosím o vyplnění následujících údajů:

Datum.....

Pohlaví .....

Nejvyšší dosažené vzdělání.....

Věk .....

Prosím, přečtete si pozorně každou otázku a zaškrtněte vždy jednu z nabízených odpovědí, která nejvíce vyhovuje Vašemu názoru nebo zkušenosti. Případně u některých otázek dopište doplňující informace.

#### **1. Máte osobní zkušenost s člověkem se schizofrenní poruchou?**

- a) ano
- b) ne

#### **2. Pokud ano, je Vaše zkušenost pozitivní?**

- a) ano
- b) ne

#### **3. Uved'te alespoň tři typické příznaky schizofrenní poruchy:**

.....  
.....  
.....

#### **4. Je možné schizofrenní poruchou léčit?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

#### **5. Myslíte si, že jsou lidé se schizofrenní poruchou líní?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

#### **6. Mohou lidé se schizofrenní poruchou pracovat v pracovním poměru?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**7. Jsou lidé se schizofrenní poruchou schopni žít samostatně v bytě?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**8. Musí žít lidé se schizofrenní poruchou v ústavním zařízení?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**9. Může mít člověk se schizofrenní poruchou děti?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**10. Je schopen člověk se schizofrenní poruchou vychovávat děti?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**11. Jsou lidé se schizofrenní poruchou vždy zbaveni nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům / „zbaveni svéprávnosti“/?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**12. Jsou lidé se schizofrenní poruchou nebezpeční?**

- a) ano
- b) ne
- c) ne všichni
- d) nevím

**13. Mají lidé se schizofrenní poruchou snížený intelekt?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**14. Myslíte si, že jste dostatečně a správně informováni o schizofrenní poruše?**

- a) ano
- b) ne

**15. Měli by jste zájem o informace o schizofrenní poruše?**

- a) nezajímají mě tyto informace
- b) chtěl/a bych více informací

**16. Myslím si, že duševně nemocní jsou**

.....  
Děkuji Vám za Váš čas a úsilí, které jste věnovali vyplnění dotazníku.